

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

ALINE BRAIDO PEREIRA

**VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO E PÓS-PARTO,
ESTRESSE MATERNO E IMPACTO NO CRESCIMENTO DO
LACTENTE**

Porto Alegre

2020

ALINE BRAIDO PEREIRA

**VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO E PÓS-PARTO, ESTRESSE MATERNO E
IMPACTO NO CRESCIMENTO DO LACTENTE**

A apresentação desta tese é requisito parcial para título de doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientador: Professor Dr. Marcelo Zubaran Goldani

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Pereira, Aline Braido
VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO E PÓS-PARTO, ESTRESSE
MATERNO E IMPACTO NO CRESCIMENTO DO LACTENTE / Aline
Braido Pereira. -- 2020.
117 f.
Orientador: Marcelo Zubaran Goldani.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,
Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Crescimento. 2. Estresse Materno . 3. Gravidez.
4. Violência Doméstica. I. Goldani, Marcelo Zubaran,
orient. II. Título.

ALINE BRAIDO PEREIRA

**VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO E PÓS-PARTO, ESTRESSE MATERNO E
IMPACTO NO CRESCIMENTO DO LACTENTE**

A apresentação desta tese é requisito parcial para título de doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientador: Professor, Dr. Marcelo Zubaran Goldani

Porto Alegre, 13 de agosto de 2020

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Joelza Mesquita Andrade Pires
Universidade Luterna do Brasil

Professora Dr^a Mariana Bohns Michalowsk
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professor Dr. Danilo Blank
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Ao professor Marcelo Zubarán Goldani, meu orientador, pelos ensinamentos, pela confiança e pelas extraordinárias oportunidades de trabalho e de aprendizado nesses anos de grupo de pesquisa impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida-IVAPSA.

Aos professores Clécio Homrich da Silva e Juliana Rombaldi Bernardi, pela disponibilidade em transmitir valiosos conhecimentos a cada oportunidade.

Aos colegas de IVAPSA, especialmente, à Bianca Cazarotto, à Amanda Dalanhese, à Salete Matos, à Renata Oliveira, à Lívia Willborn, ao Thiago Marcelino, à Mariana Lopes de Brito, à Marina Nunes, à Isabel Werlang e à Monique Cabral Hanh, pela amizade, pelo carinho e por tornarem essa trajetória mais leve e alegre.

À Rosane Blanguer e à Nicole Barros, secretárias deste PPG, pela disposição em ajudar e por terem sempre uma solução para as minhas dúvidas e dificuldades.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao Grupo Hospitalar Conceição, instituições de reconhecida qualidade e importância, assim como às agências financiadoras que permitiram o nascimento e o desenvolvimento da IVAPSA.

À Capes, pela bolsa disponibilizada, em um determinado período do desenvolvimento do trabalho.

A todas as famílias que aceitaram participar deste estudo e nos receberam em suas casas.

À querida amiga Odilene Teixeira, pelo incentivo e apoio incondicional, meu especial carinho.

Aos colegas do Sesc Santa Maria, pela torcida e compreensão nos momentos de ausência.

Ao Lucas Bertagnolli, meu noivo, pelo amor, pelo incentivo, pela paciência e por ser meu suporte emocional em todos os momentos necessários.

À toda a minha maravilhosa família, mas, especialmente aos meus pais Luiz Airton Pereira e Ivani Braidó Pereira e meu irmão Lucas Braidó Pereira, minha essência, meu orgulho e minha inspiração.

“Se ampliarmos nossa lente de observação, chegaremos à conclusão, tal como Betinho (Herbert de Souza), de que um país não muda pela sua economia, sua política e nem mesmo sua ciência: muda sim, pela sua cultura, pois esta é feita por nós, para nós, e somente nós poderemos transformá-la ou não, para chegarmos à busca do “significado da vida”, de ser gente”.

Prof. Dr. Salvador Célia

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública. A exposição à violência durante a gravidez pode causar complicações obstétricas maternas e fetais, mas, ainda não estão claros os mecanismos envolvidos nesta associação. Além disso, são escassos os estudos sobre a repercussão da violência contra a mulher na saúde e no desenvolvimento infantil. **Objetivos:** Estimar os efeitos da exposição à violência na gravidez sobre o peso ao nascer utilizando instrumentos validados e identificar as variáveis mediadoras entre a exposição e o desfecho. Estudar o impacto da exposição materna à violência na gestação e no pós-parto no desenvolvimento infantil e avaliar o possível papel mediador da violência e do estresse no pós-parto nessa associação. **Método:** A coorte do projeto de Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida. Coorte de nascimento, avaliou aspectos do desenvolvimento de recém-nascidos e violência pré e pós-gestacional em mulheres atendidas em três hospitais públicos de Porto Alegre e acompanhadas até o sexto mês do pós-parto, em Porto Alegre, entre 2011 e 2016. Foram quatrocentas mulheres entrevistadas na linha de base, foram investigadas as condições socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida e cuidados de pré-natal, nascimento, violência, estresse percebido e outros fatores. A violência contra a mulher foi medida através da versão modificada da *Abuse Assessment Screen*, que avaliou violência psicológica, física e sexual. E o estresse materno, através da Escala de Estresse Percebido, foi avaliado na entrevista de um mês. Ambos os instrumentos foram aplicados no período pós-natal. Na entrevista de acompanhamento foram realizadas medidas antropométricas e investigados aspectos referentes ao desenvolvimento infantil. **Resultados:** A amostra foi composta por quatrocentas mulheres, na qual 225 sofreram violência, 56,3% da amostra. A violência materna associou-se com a variável tempo e crescimento no sexto mês de vida da prole. Na análise multivariável a violência gestacional não está associada aos domínios de violência entre os diferentes grupos da amostra e ao uso do álcool. Os tipos de violência sofrida na gestação não apresentaram diretamente associação com o crescimento da prole e estresse materno percebido. Na análise univariável os tipos de violência doméstica ocorrida na gestação não se relacionam com idade categorizada, situação conjugal, sexo da prole e aos grupos do estudo. **Conclusões:** Os achados sugerem que a violência sofrida na gestação e o estresse materno têm impacto no crescimento da prole.

Palavras-Chave: Crescimento. Estresse materno. Gravidez. Violência doméstica.

ABSTRAT

Introduction: Violence against women is recognized as a public health problem with important consequences for women's health. Exposure to violence during pregnancy can cause maternal and fetal obstetric complications, but the mechanisms involved in this association are still unclear. In addition, studies on the impact of violence against women on child health and development are scarce. **Objectives:** To estimate the effects of exposure to violence in pregnancy on growth at birth using validated instruments and to identify the mediating variables between exposure and outcome. To study the impact of maternal exposure to violence during pregnancy and postpartum on child development and to evaluate the possible mediating role of violence and postpartum stress in this association. **Method:** The Impact of changes in the perinatal environment on newborn health in the first six months of life Project - Birth Cohort, evaluated aspects of newborn development and pre- and post-pregnancy violence in a sample of women attended at three public hospitals in Porto Alegre and followed up to the sixth postpartum month, in Rio Grande do Sul, between 2011 and 2016. Four hundred women were interviewed at the baseline, socioeconomic conditions, demographics, life habits and prenatal care, birth, violence, perceived stress and other factors were investigated. Violence against women was measured using the modified version of the Abuse Assessment Screen, which assessed psychological, physical and sexual violence. And maternal stress, assessed using the Perceived Stress Scale, was assessed in the one-month interview. Both instruments were applied in the postnatal period. In the follow-up interview, anthropometric measures were taken and aspects related to child development were investigated. **Results:** The sample was composed of four hundred women, where 225 suffered violence 56.3% of the sample. Maternal violence was significantly associated with the variable time and growth in the sixth month of life of the offspring. In the multivariate analysis, gestational violence is not associated with the domains of violence between different groups in the sample and the use of alcohol. The types of violence suffered during pregnancy were not directly associated with the growth of offspring and perceived maternal stress. In the univariate analysis, the types of domestic violence that occurred during pregnancy are not related to categorized age, marital status, sex of offspring and the study groups. **Conclusions:** The findings suggest that the domestic violence suffered during pregnancy and maternal strains has an impact on the offspring in their growth.

Key words: Growth. Maternal Stress. Pregnancy. Domestic Violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Logística da coleta de dados – IVAPSA - Porto Alegre, 2019	29
--	----

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Table 1** – Maternal sociodemographic and perinatal characteristics among women who report at least one episode of violence and alcohol use 37
- Table 2** – Comparison of types of violence and general violence between groups and general sample. IVAPSA, Porto Alegre September 2015 to March 2018 38
- Table 3** – Comparison of the means of standardized length (WHZ) and the relationship of the factors group and time (Model 1) and suffering violence and time (Model 2). IVAPSA, Porto Alegre September 2015 to March 2018 39

Artigo 2

- Tabela 1** – Características sociodemográficas e perinatais maternas entre as mulheres que referiram pelo menos um episódio de violência 54
- Tabela 2** – Interação entre os grupos de ambiente intrauterino inadequado e estresse percebido de acordo com o tipo de violência investigada 57
- Tabela 3** – Interação entre os grupos de ambiente intrauterino inadequado e estresse percebido de acordo com o tipo de violência, considerando os grupos de gestantes com ambiente intrauterino inadequado 58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Abuse Assessment Screen – Escala de Avaliação de Abuso
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CTL	Grupo Controle
CPC	Centro de Pesquisa Clínica
CS	Cesariana
DM	Diabetes Mellitus
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DV	Domestic Violence – Violência Doméstica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEE	Generalized Estimating Equation – Equações de Estimações Generalizadas
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Human Immunodeficiency Virus – Vírus da Imunodeficiência Humana
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IC	Intervalo de Confiança
IVAPSA	Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida
LMIC	Low- and Middle-Income Countries – Países de Baixa e Média Rendas
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OR	Odds Ratio – Razão de Probabilidade
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PSS –14	Perceived Stress Scale – Escala de Estresse Percebido
PP	Pós-parto
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RR	Risco Relativo
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TAB	Tabagismo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
VPIG	Violência por Parceiro Íntimo durante a Gravidez
VD	Violência Direta
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 OBJETIVOS E HIPÓTESES	15
1.2.1 Objetivo geral	15
1.2.2 Objetivos específicos	15
1.2.3 Hipótese de trabalho	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	16
2.1.1 Epidemiologia da violência contra a mulher	16
2.2 VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO	18
2.2.1 Fatores de risco para violência durante a gestação	20
2.2.2 Impacto da violência durante a gestação no concepto	20
2.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E DOENÇAS CRÔNICAS.....	22
2.3.1 Violência contra a mulher no Diabetes <i>Mellitus</i> e Hipertensão	22
2.3.2 Violência contra a mulher e tabaco	23
2.3.3 Violência contra mulher e álcool	24
3 METODOLOGIA	25
3.1 DELINEAMENTO.....	25
3.2 CENÁRIO E PERÍODO.....	26
3.2.1 Critérios de inclusão	26
3.2.2 Critérios de exclusão	26
3.2.3 População e amostra	26
3.2.4 Logística do estudo e coleta dos dados	27
<i>3.2.4.1 Instrumentos de coleta de dados</i>	29
<i>3.2.4.1.1</i> Questionário de violência (AAS)	29
<i>3.2.4.1.2</i> Escala de estresse percebido (PSS-14)	29
<i>3.2.4.2 Controle de qualidade da pesquisa</i>	30
<i>3.2.4.3 Cálculo do poder amostral</i>	30
<i>3.2.4.3.1</i> Variáveis do estudo	30

3.2.4.4 <i>Análise estatística</i>	30
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	31
4 ARTIGO 1 – Gestational violence and somatic growth of the conceptus: according to different maternal and fetal conditions	32
5 ARTIGO 2 – Violência contra a mulher, estresse e doenças crônicas - um estudo de coorte no Brasil	48
6 CONCLUSÕES	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	79
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
Apêndice B – Questionário Primeira Entrevista	81
Apêndice C – Questionário Primeiro Mês	91
Apêndice D – Questionário Violência	100
Apêndice E – Entrevista Sexto Mês	103
ANEXOS	113
Anexo A – Questionário Estresse Percebido (PSS-14)	114
Anexo B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	115

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno extremamente difuso e complexo, cuja definição não pode ser cientificamente exata, pois é uma questão de apreciação; é influenciada pela cultura e submetida a uma revisão contínua, na medida em que os valores e padrões sociais evoluem (OMS, 2002). Por isso, o conceito de violência é mutante, pois é influenciada por tempos, lugares, circunstâncias e realidades muito diferentes. Existe violência tolerada e condenada, uma vez que a violência existe desde o início da humanidade, assumindo formas diferentes, cada vez mais complexas e, ao mesmo tempo, mais fragmentadas e articuladas (MINAYO; SOUZA, 2003).

A violência é reconhecida como um problema de saúde pública há mais de dez anos, e contribuiu para o aumento das taxas de mortalidade e morbidade entre os grupos populacionais mais vulneráveis. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1998) a violência não é um novo problema de saúde, embora apenas recentemente tenha sido concedido o status de violação dos direitos humanos. Para entender a designação de violência de gênero, precisa-se levar em consideração o caráter social das características atribuídas a homens e mulheres. A maioria dos traços femininos e masculinos são construções culturais. São produtos da sociedade e não derivam necessariamente da natureza (ALBERDI; MATAS, 2002).

Na sociedade as mulheres e os homens cumprem papéis sociais diferentes, mas, nos primórdios das sociedades essa divisão não significava nenhuma hierarquia. Não havia propriedade privada e todos trabalhavam e produziam o que era necessário para garantir a sobrevivência de todos, cumprindo tarefas diferentes, mas complementares para a comunidade. Com o desenvolvimento da sociedade e a produção de excedentes, surgem as bases para a apropriação desses excedentes: a propriedade privada. A propriedade privada, por sua vez, traz outra necessidade: a herança, ou para quem deixar essa propriedade acumulada. Já que a maternidade era evidente, para a certificação da paternidade só havia uma forma: manter a mulher na esfera privada como forma de garantir sua monogamia e permitir somente ao homem a participação na esfera pública (BRASIL, 1990; 2006 [2020]).

As múltiplas causas de violência contra as mulheres, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2005; 2013) decorrem de vários fatores, desde aqueles relacionados às normas que definem rigidamente os papéis sociais dos homens, dando-lhes controle e domínio sobre as mulheres, até a aceitação da violência como estratégia de

resolução de conflitos (WHO, 2013). Pobreza, baixo nível socioeconômico, desemprego, associação com parceiros delinquentes, isolamento da mulher e da família, são fatores comunitários; discórdia conjugal e controle da propriedade e tomada de decisão pelo parceiro sobre a família, são fatores ligados a relacionamentos pessoais. Os fatores associados ao agressor são: homem e jovem que testemunharam violência doméstica na infância, pai ou pai ausente que rejeita a criança, menor escolaridade, depressão, transtornos de personalidade, abuso na infância e consumo de álcool (WHO, 2013).

A relação de poder entre os dois gêneros perdura até hoje, ainda que em muitos aspectos tenha se alterado conforme a realidade. No entanto, a mulher ainda carrega as mazelas de uma sociedade que tenta mantê-la restrita ao espaço privado, doméstico, cuidando de afazeres que socialmente são entendidos (porque foram construídos ideologicamente) como menores, como cuidar da casa e dos filhos. Então, nesse contexto, a origem da opressão contra a mulher vem de uma relação social determinada por uma relação econômica, e sua manutenção acontece sobre essas mesmas bases. A submissão da mulher, pacificamente ou não, a uma relação de violência, está determinada, em última instância, por uma situação econômica. Uma mulher de baixa renda, com filhos, sem formação profissional ou baixa escolaridade, que está em situação de vulnerabilidade, sem condições de força de trabalho, está muito mais vulnerável a permanecer em uma relação impere a violência. (GUIMARAES; PEDROZA, 2015).

Nesse sentido, a definição de gênero implica dois níveis, ou seja, o gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças perceptíveis entre os dois sexos e gênero como forma básica de representação das relações de poder, nas quais as ações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis (FONSECA, 1997). Como exemplo, a sociedade brasileira é autoritária e estruturada em relações de mando e obediência, sustentadas com base em padrões patriarcais e machistas. Nessa sociedade, a violência relacionada ao gênero é exercida por homens contra mulheres, na qual o gênero do agressor e da vítima está intimamente ligado à explicação dessa violência (CHAUÍ, 2003). Assim, afeta as mulheres pelo simples fato de serem mulheres, ou seja, é a violência perpetrada pelos homens para manter o controle e o domínio sobre as mulheres (CASIQUE; FUREGATO, 2006). Os papéis e comportamentos dos homens são considerados socialmente mais valiosos. Por exemplo, o choro é desprezado, as respostas violentas são encaradas positivamente, e o trabalho doméstico (embora fundamental) permanece quase despercebido aos homens, embora justifique que seja realizado pelas mulheres (INMUJERES, 2003).

Como parte dessa diferença comportamental entre os gêneros, surge a violência por parceiro íntimo, a qual se refere à conduta de um parceiro íntimo ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle. Violência sexual é:

qualquer ato sexual, tentativa de obtenção de um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independentemente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente. Inclui estupro, definido como o ato forçado fisicamente ou penetração coagida da região genital (OMS).

Os fatores associados ao parceiro íntimo e à violência sexual ocorrem nos níveis individual, familiar, comunitário e da sociedade em geral. Alguns estão associados a ser um autor de violência, alguns estão associados a sofrer violência e outros estão associados a ambos. Sendo que os fatores de risco para o parceiro íntimo e a violência sexual incluem: baixo nível de escolaridade (perpetração de violência sexual e experiência de violência sexual); histórico de exposição a maus-tratos infantis (perpetração e experiência); testemunhar a violência familiar (perpetração e experiência); transtorno de personalidade anti-social (perpetração); uso prejudicial de álcool (perpetração e experiência); ter múltiplos parceiros ou suspeitos de infidelidade (perpetração); atitudes que toleram a violência (perpetração); normas comunitárias que privilegiam ou atribuem status superior aos homens e status inferior às mulheres; e, baixos níveis de acesso das mulheres ao emprego remunerado (OPAS/OMS, 2017).

O parceiro íntimo e a violência sexual causam sérios problemas de saúde física, mental, sexual e reprodutiva em curto e longo prazo para as mulheres. Eles também afetam seus filhos e levam a altos custos sociais e econômicos para as mulheres, suas famílias e as sociedades. Essa violência pode: envolver ferimentos, com 42% das mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo relatar um ferimento como consequência dessa violência; levar a gestações indesejadas, abortos induzidos, problemas ginecológicos e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. A análise realizada pela OMS (WHO, 2013) constatou que mulheres que sofreram abuso físico ou sexual tiveram 1,5 vezes mais chances de ter uma infecção sexualmente transmissível, em comparação com mulheres que não sofreram violência pelo parceiro, sendo duas vezes mais propensas a fazer um aborto.

Os custos sociais e econômicos da violência por parceiro íntimo são representativos e têm efeitos negativos em toda a sociedade. As mulheres podem sofrer isolamento,

incapacidade para o trabalho, perda de salários, falta de participação em atividades regulares e capacidade limitada de cuidar de si e de seus filhos. Por isso, o presente estudo tem por objetivo avaliar a violência gestacional e pós-natal identificada a partir de diferentes ambientes intrauterino de uma coorte de nascimento.

1.1 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o grau de importância do tema e o impacto gerado por violência no período gestacional e pós-natal, por toda a vida, e a carência de literatura que relacionam o efeito na prole, justifica-se essa investigação.

1.2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

1.2.1 Objetivo geral

Identificar a violência gestacional e pós-natal em mulheres acompanhadas em um estudo de Coorte e o efeito no lactente a partir de ambientes intrauterinos adversos.

1.2.2 Objetivos específicos

- i) Verificar as características socioeconômicas das mulheres;
- ii) Investigar a violência gestacional e pós-natal através de questionário de violência;
- iii) Avaliar a partir de diferentes ambientes intrauterinos a relação da violência no desenvolvimento da criança;
- iv) Avaliar a associação entre estresse materno percebido, violência e crescimento com impacto na criança.

1.2.3 Hipótese de trabalho

A violência gestacional e o estresse, em mulheres expostas a diferentes ambientes intrauterinos, têm efeito no crescimento da prole no pós-parto e aos seis meses de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

2.1.1 Epidemiologia da violência contra a mulher

Em todo o mundo, quase um terço das mulheres sofreram violência física ou sexual, ou ambas, por um parceiro íntimo (DEVRIES; MAK; GARCIA-MORENO, 2013; WHO, 2013). Os efeitos negativos da violência por parceiro íntimo, na saúde das mulheres e de suas famílias, são consideráveis (ELLSBERG; JANSEN; HEISE *et al.*, 2008; BACCHUS; DEVRIES; MAK *et al.*, 2013; WHO, 2013).

As estimativas globais segundo a OMS indicam que cerca de uma em cada três (35%) mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual sem parceiro, durante a vida. O estudo multi-países da OMS sobre a saúde das mulheres e a violência doméstica contra as mulheres, realizado através de inquérito de base populacional realizado em vários países, utilizando os mesmos métodos e definições, encontrou que violência por parceiro íntimo (VPI) variou entre 1% no Japão e 28% no Peru. No entanto, a prevalência, na maioria dos locais, variou entre 4% e 12%. No Brasil, as taxas de prevalência detectadas por esses pesquisadores foram de 8% na cidade de São Paulo e 11,1% na zona da Mata de Pernambuco (WHO, 2005).

No Brasil, violência física ou sexual foi encontrada em 6,5% das mulheres grávidas (AUDI *et al.*, 2012), violência física em 18,9%, dos casos (MORAES *et al.*, 2011), e a violência psicológica variou de 19,1% (AUDI *et al.*, 2012) a 41,6% (RIBEIRO *et al.*, 2014). Diversas perspectivas teóricas tentam explicar a VPI na vida das mulheres (BELL; NAUGLE, 2008). A violência praticada pelo parceiro íntimo às mulheres tem um impacto no crescimento e estado nutricional dos filhos das mulheres afetadas. Alguns dos estimados 170 milhões de crianças em países de baixa e média renda que podem estar sofrendo dos efeitos indiretos da tal violência (STEVENS *et al.*, 2012).

A violência doméstica (VD) é um fenômeno complexo e multidimensional (BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2016) considerados maus-tratos à vida humana. A prevalência estimada ao longo da vida da violência física ou sexual por VPI é de 30% entre as mulheres em todo o mundo. A compreensão dos fatores de risco e proteção é essencial para o planejamento de estratégias efetivas de prevenção (YAKUBOVICH *et al.*, 2018). A

proporção de mulheres que relataram VPI física e/ou sexual já variou de cerca de 14% a 17%, no Brasil, Panamá e Uruguai, a 58,5% na Bolívia. Em 14 dos países pesquisados, a prevalência variou de um quarto a um terço; e, em cinco países, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Equador e Estados Unidos, a prevalência excedeu um terço. A prevalência relatada de VPI física e/ou sexual no último ano variou de 1,1% no Canadá a 27,1% na Bolívia (BOTT *et al.*, 2019). As estimativas de prevalência de VPI variam de 23,2% nos países de alta renda e 24,6% na região do Pacífico Ocidental da OMS a 37% na região do Mediterrâneo Oriental da OMS e 37,7% na região do Sudeste Asiático da OMS.

Segundo IPD (2018), o qual entrevista mulheres sobre a violência doméstica desde 2005, mostrou que o percentual de entrevistadas que declararam ter sofrido violência se manteve relativamente constante, entre 15% e 19%, a partir de 2015. Ainda, segundo esse instituto houve aumento do percentual de mulheres que declararam ter sido vítimas de algum tipo de violência provocada por um homem: esse percentual passou de 18%, em 2015, para 29%, em 2017. Quanto ao tipo de violência que sofreram, poderia se assinalar mais de uma resposta. Assim, a violência física foi a mais mencionada: 67% das respondentes disseram já ter sofrido esse tipo de agressão. A violência psicológica veio em seguida, com 47% das menções, enquanto as violências moral e sexual tiveram, respectivamente, 36% e 15% das respostas, na avaliação de 2017. Contudo, cumpre salientar que, ao longo da série histórica, verificou-se um aumento significativo do percentual de mulheres que declarou ter sofrido violência sexual, que passou de 5%, em 2011, para 15%, em 2017. Dentre as mulheres que declararam ter sofrido algum tipo de violência, enquanto o percentual de brasileiras brancas que sofreram violência física foi de 57%, o percentual de negras (pretas e pardas) foi de 74%. A mulher que tem filhos está mais propensa a sofrer violência. Enquanto o percentual de mulheres sem filhos que declararam ter sofrido violência provocada por um homem foi de 15%, o percentual de mulheres com filhos que o declararam foi de 34%.

As mulheres com filhos também estão mais sujeitas a sofrer violência física (IPD, 2018). De acordo com esse instituto, entre as mulheres que têm filhos e declararam ter sofrido violência, 70% foram vítimas de violência física. Já entre as mulheres que não têm filhos, esse percentual foi de 38%. Entre as mulheres que declararam ter sofrido DV provocada por um homem, a maioria teve como agressor pessoa sem laços consanguíneos e escolhida por elas para conviver intimamente: o atual marido, companheiro ou namorado foram apontados como autores da agressão por 41% das respondentes. Outras 33% mencionaram o ex-marido, ex-companheiro ou ex-namorado como responsáveis pela violência. Esses percentuais mudaram

significativamente desde a última pesquisa, em 2015. Na ocasião, 53% disseram ter os namorados, companheiros ou maridos como agressores e 21% mencionaram terem sido agredidas pelo ex-namorado, ex-companheiro ou ex-marido. Entre os fatores que induziram a agressão, 24% das entrevistadas mencionaram o uso de álcool. Na sequência, as brigas ou discussões (19%) e o ciúme (16%) foram os mais recorrentes. Em comparação com a pesquisa de 2015, houve um aumento de respondentes que acreditam que a violência foi induzida pelo uso de álcool. A Região Sul representou 15% da amostra da pesquisa $n=159$ do número total ($n=1116$); o Estado do Rio Grande do Sul representou 6% das respondentes.

2.2 VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO

A violência por parceiro íntimo durante a gravidez (VPIG) é um problema social, tanto em sua magnitude e consequências, com desfechos curtos (LUDERMIR *et al.*, 2010) e a longo prazo para mulheres e crianças (MCMAHON *et al.*, 2011). Em uma revisão de estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010) identificaram variações na prevalência de VPIG (HAN; STEWART, 2014). Encontraram taxas de prevalência de VPIG América Latina e Caribe, que variou de 3% a 34,5% para violência sexual; 2,5% a 38,7% para violência física; e, 13% a 44% para violência psicológica. Violência psicológica variou entre 1,5% e 43,2%; violência física entre 0,9% e 30% e violência sexual entre 1% e 3,9%. Em uma revisão sistemática de estudos africanos a prevalência do VPIG variou de 2% a 57% (SHAMU, 2011).

A violência antes e durante a gravidez é responsável por inúmeros resultados adversos. Uma metanálise indicou que mulheres que experimentaram VPIG correm um risco aumentado de ter parto prematuro, baixo nascimento, restrição de peso ou crescimento fetal (DONOVAN *et al.*, 2016). As mulheres que sofreram VPIG possuem 16% mais chances de sofrer um aborto espontâneo e 41% mais chances de ter um parto prematuro (WHO, 2013). Violência e abuso assumem várias formas e são frequentemente definidas como VPI ou violência direta (VD). Isso se refere a um comportamento agressivo e coercitivo que pode incluir abuso físico, psicológico e sexual (BRÜGGEMANN; WIJMA; SWAHNBERG, 2012). A violência contra as mulheres pode ser perpetrada em todas as fases do ciclo de vida, mas, a preocupação é maior quando uma mulher está grávida, pois nessas circunstâncias a violência tem um impacto direto em mãe e filho. Alguns fatores relacionados à gravidez podem aumentar o estresse do casal e, portanto, aumentar o risco de violência, tais como:

primiparidade e a mudança no papel social de mulheres e homens ao se tornarem pais (MARTIN *et al.*, 2004) gravidez indesejada (AUDI *et al.*, 2012) e dificuldades (HELLMUTH *et al.*, 2013).

Tendo visto a mãe sofrer violência por parceiro íntimo, associou-se à violência física na infância (OR¹ = 2,62; IC² 95%, 1,89-3,63) e na adolescência (OR = 1,47; IC 95%, 1,01-2,13), violência sexual na infância (OR = 3,28; IC 95%, 1,68-6,38) e VPIG (OR = 1,47; IC 95%, 1,01 - 2,12). A VPIG foi frequente em mulheres que relataram mais episódios de violência física na infância (OR = 2,08; IC 95%, 1,43-3,02) e adolescência (OR = 1,63; IC 95%, 1,07-2,47), que sofreram violência sexual na infância (OR = 3,92; IC 95%, 1,86-8,27) e que praticaram violência contra o parceiro (OR = 8,67; IC 95%, 4,57-16,45). (SILVA; LIMA; LUDERMIR; 2017)

No Brasil, violência física ou sexual foi encontrada em 6,5% das gestantes (AUDI *et al.*, 2012), violência física grave em 18,9% delas (MORAES *et al.*, 2011), e a violência psicológica variou de 19,1% (AUDI *et al.*, 2012) a 41,6% (RIBEIRO *et al.*, 2014). Estudo da OMS evidenciou que a prevalência de VPIG pode variar de 1% a 28% entre países (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006). Nesse estudo no Brasil, 8% das mulheres da cidade de São Paulo e 11% das da zona rural de Pernambuco relataram ter sofrido alguma forma de violência na gestação (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006).

Vias diretas ou indiretas levam à VD a resultados adversos à saúde, podendo resultar em ferimentos físicos ou morte (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2013). O estresse durante a gravidez aumenta os níveis de cortisol, o que pode levar à constrição dos vasos sanguíneos, limitando o fluxo sanguíneo para o útero e resultando em redução do suprimento sanguíneo para o feto, estresse durante a gravidez, contrações prematuras e parto prematuro (WADHWA *et al.*, 2011) podendo causar baixo peso ao nascer (BPN) (ALTARAC; STROBINO, 2002).

Mulheres expostas à VD apresentam maior risco de dar a luz por cesariana (CS), de acordo com estudos europeus (SCHEI *et al.*, 2014; TOMASDOTTIR *et al.*, 2016). As mulheres que relataram sofrer atualmente de abuso sexual de adultos tiveram o maior risco de uma cesárea (SCHEI *et al.*, 2014). Ainda, uma meta-análise de 92 estudos independentes sobre VD em gestantes mostrou uma prevalência média de abuso emocional de 28,4%, e as taxas de prevalência de abuso físico e abuso sexual foram 13,8% e 8,0%, respectivamente (JAMES; BRODY; HAMILTON, 2013). Estudo de base comunitária na Nicarágua revelou

¹ OR = *Odds Ratio* Razão de Probabilidade

² IC = Intervalo de Confiança

que filhos de mães que relataram ter sofrido VPIG tiveram relativamente baixa estatura para a idade (SALAZAR, 2012).

2.2.1 Fatores de risco para violência durante a gestação

A prevalência de VPI durante a gravidez é significativa. Para algumas mulheres, o abuso preexistente continua apesar da gravidez. Para outras, o abuso diminui durante este tempo. Para algumas, a primeira experiência de abuso ocorre com a gravidez. A identificação da VPI durante a gravidez é crucial porque as consequências da violência afetam não apenas a saúde da mãe, mas, também o bebê (RODRIGUES *et al.*, 2014).

As mulheres grávidas são particularmente vulneráveis aos efeitos nocivos da VPI, porque a violência pode afetar a saúde materna e neonatal. A prevalência de VPIG é de 0,9% a 26%, dependendo das definições variantes e dos desenhos do estudo (BOY; SALIHU, 2004; JASINSKI, 2004; WOODS; MELVILLE; GUO, 2010). A violência durante a gravidez pode ser mais comum que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional e a placenta prévia (GAZMARARIAN *et al.*, 1996; BOY; SALIHU, 2004). Encontra-se bem documentado que a VPI na época da gravidez está associada a problemas de saúde física e mental e comportamentos negativos à saúde.

A violência doméstica tem sido cada vez mais reconhecida como uma preocupação no âmbito do atendimento pré-natal, e vários estudos avaliaram seus potenciais efeitos prejudiciais à saúde sobre mulheres grávidas e seus recém-nascidos (WHO, 2005; 2013). Apenas alguns estudos foram realizados em países de baixa e média rendas (*Low and Middle Income Countries* - LMICs) sobre DV e resultados perinatais e, os resultados são inconclusivos (ZAREEN *et al.*, 2009; NUNES *et al.*, 2011; HOANG *et al.*, 2016; SIGALLA *et al.*, 2017).

2.2.2 Impacto da violência durante a gestação no conceito

O desenvolvimento saudável da criança contribui para a saúde e prosperidade da população em geral. Décadas de pesquisa mostraram que a exposição à violência na infância (física, sexual ou psicológica) e ao testemunhar experiências potencialmente traumáticas em casa (por exemplo, violência por parceiro íntimo, doença mental ou uso indevido de substâncias), coletivamente chamadas de experiências adversas na infância, podem ter efeitos

negativos profundos e duradouros nos resultados sociais e de saúde (BELLIS *et al.*, 2014; 2019; FONT; MAGUIRE-JACK, 2015; GILBERT *et al.*, 2015; SHONKOFF, 2016; HUGHES *et al.*, 2017; METZLER *et al.*, 2017). Dada a conexão entre experiências adversas na infância e a saúde, a prevenção dessas experiências é estratégica para reduzir várias das principais causas de morbimortalidade em adultos.

Há evidências crescentes de que as experiências de violência podem ser altamente prejudiciais à saúde do ponto de vista do curso da vida. As experiências de violência antes ou durante a gravidez podem afetar a saúde da mãe e aumentar suas preocupações com a saúde da criança. No nível biológico, experiências estressantes ao longo do tempo podem levar à desregulação fisiológica, o que aumenta a suscetibilidade da pessoa à doença. Estudos experimentais e clínicos recentes indicam ainda que as experiências de uma mãe grávida podem afetar o feto e até o futuro de gerações por mecanismos epigenéticos, ou seja, alterações na expressão gênica na ausência de alterações no DNA (MARGRET *et al.*, 2016).

A prevalência de VPIG entre as mulheres grávidas variou de aproximadamente 2% na Austrália, Dinamarca, Camboja e Filipinas a 13,5% entre as mulheres grávidas no Uganda. Mais da metade das pesquisas teve uma estimativa de prevalência entre 3,8% e 8,8%. A prevalência parecia ser mais alta nos países da África e da América Latina em relação aos países da Europa e da Ásia, embora as estimativas nas regiões e países fossem altamente variáveis (DEVRIES *et al.*, 2010).

A experiência materna de qualquer VPI física ou sexual foi associada a um aumento do risco de baixa estatura (OR = 1,59; IC 95% = 1,23; 2,08) e baixo peso (OR = 1,33; IC 95% = 1,04). A associação entre a exposição materna à VPI física ou sexual e o baixo peso da criança e baixa estatura sugere que a violência do parceiro desempenha um papel significativo no comprometimento da saúde da criança, prejudicando a nutrição infantil. Nossas descobertas reforçam a evidência de que melhorar a nutrição infantil é um motivo adicional para fortalecer os esforços para proteger as mulheres contra a VPI física e sexual (MOSIUR *et al.*, 2012). Pesquisadores que abordaram os resultados nutricionais e de desenvolvimento das crianças têm reconhecido cada vez mais a importância dos determinantes sociais, incluindo VPI e depressão, sobre crescimento e desenvolvimento fracos (ROBERTSON *et al.*, 2011).

Ainda, ressalta-se que as crianças se tornam parte do ciclo intergeracional da violência, porque aprendem a incorporar as lições de violência e, sem intervenção, crescer e repetir esse comportamento (ARTZ *et al.*, 2014). Isso ocorre porque a ênfase da teoria do

aprendizado social, que tem sido usada para explicar a teoria intergeracional de transmissão de comportamento violento, está na aprendizagem por observação, imitação e modelagem.

2.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E DOENÇAS CRÔNICAS

2.3.1 Violência contra a mulher no Diabetes *Mellitus* e Hipertensão

A vitimização por violência conjugal ao longo da vida foi positivamente associada ao baixo peso, altos níveis aleatórios de glicose no sangue e anemia e correlacionada negativamente com excesso de peso ou obesidade. A perpetração da violência conjugal ao longo da vida esteve marginal e significativamente associada à HAS. O estudo encontrou, em uma amostra nacional de mulheres na Índia, uma diminuição da vitimização da violência física e/ou sexual durante toda a vida e um aumento na perpetração da violência física durante a vida de 2005/5 a 2015/6. Os resultados corroboram outros estudos que descobriram que, entre as mulheres, a vitimização por violência física e/ou sexual do cônjuge ao longo da vida e a perpetração de violência física doméstica ao longo da vida aumentam as chances de condições crônicas, doenças físicas e comportamentos de risco à saúde (PENGPID; PELTZER, 2018).

A VPI tem sérias consequências para a saúde e o bem-estar das mulheres (WHO, 2013). Em uma análise de 12 países da América Latina e Caribe (BOTT *et al.*, 2012), grandes proporções de mulheres que sofreram VPI relataram consequências como lesões físicas, dor crônica, ansiedade, depressão e pensamentos suicidas. Na maioria dos países, a VPI foi significativamente correlacionada com menor idade na primeira união, maior paridade e gravidez indesejada. A VPI também tem consequências negativas bem documentadas para as crianças e a sociedade em geral (GUEDES *et al.*, 2016).

A VPI tem sido associada a uma maior prevalência de doenças crônicas (RUIZ-PÉREZ; PLAZAOLA-CASTAÑO; DEL RÍO-LOZANO, 2007), como, diabetes tipo 2 (MASON *et al.*, 2013), câncer (LOXTON *et al.*, 2006; REINGLE GONZALEZ *et al.*, 2018) e infecções sexualmente transmissíveis (DST) (BONOMI *et al.*, 2009; SHABNAM, 2017; SPIWAK *et al.*, 2013). De acordo com uma revisão sistemática, a perpetração de VPI pode estar associada a um maior risco de doença cardiovascular (incluindo maior pressão arterial sistólica, hipertensão incidente e auto relato de doença cardíaca) (O'NEIL; SCOVILLE, 2018).

2.3.2 Violência contra a mulher e tabaco

Estudos descobriram um risco aumentado de lesão e morte maternas, pré-natal inadequado, tabagismo e uso de álcool em mulheres que sofreram VPI (BLENCOWE *et al.*, 2012; LEE *et al.*, 2013; WADHWA *et al.*, 2011). A vitimização por violência por parceiro foi associada a vários comportamentos comprometedores da saúde, como uso de tabaco (STENE *et al.*, 2013; BOSCH *et al.*, 2017) e uso pesado de álcool (BOSCH *et al.*, 2017).

O tabagismo materno durante a gravidez é uma das causas evitáveis mais comuns de morbimortalidade infantil (TONG *et al.*, 2013H; HS, 2014). O tabagismo materno aumenta o risco de complicações na gravidez e resultados neonatais adversos (por exemplo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, pequeno para a idade gestacional (PIG), malformações congênitas e síndrome da morte súbita do lactente) (TONG *et al.*, 2013; HHS, 2014). De fato, o parto de um recém-nascido PIG é um dos resultados adversos mais bem documentados associados ao tabagismo durante a gravidez (RAATIKAINEN; HUURINAINEN; HEINONEN, 2007).

Fumar pode servir para mediar ou explicar, em vez de confundir, a relação entre VPI e PIG. Em uma análise populacional recente de mulheres grávidas, a experiência de VPI foi associada a taxas significativamente mais altas de tabagismo pré-gestacional e tabagismo prolongado (CHENG *et al.*, 2015). A força da relação entre vitimização por VPI e tabagismo encontrou uma associação mais forte entre as gestantes em comparação com mulheres não grávidas (CRANE; HAWES; WEINBERGER, 2013). Em modelos animais, a cotinina, o principal metabólito da nicotina, está associada à diminuição da ansiedade e do comportamento depressivo em modelos de camundongos com Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) (BARRETO *et al.*, 2015).

O hábito do fumo relacionado à violência sugere mais sintomas de abstinência e têm maior probabilidade de recidiva, em comparação com fumantes sem histórico de violência (LOGRIP; ZORRILLA; KOOB, 2012). Além disso, vários estudos sugerem uma relação graduada entre gravidade do trauma, tabagismo atual, tabagismo intenso e início do tabagismo em idade jovem, todos sugerindo um papel mediador do tabagismo (JUN *et al.*, 2008; CHUNG *et al.*, 2010; HARVILLE *et al.*, 2010; BECKHAM *et al.*, 2013; JENSEN; SOFUOGLU, 2016).

2.3.3 Violência contra mulher e álcool

Essas formas de violência podem levar à depressão, estresse pós-traumático e outros transtornos de ansiedade, dificuldades para dormir, distúrbios alimentares e tentativas de suicídio. As mulheres que sofreram VPI tinham quase duas vezes mais chances de sofrer de depressão e problemas com o álcool (WHO, 2013). Os efeitos na saúde também podem incluir dores de cabeça, dor nas costas, dor abdominal, distúrbios gastrointestinais, mobilidade limitada e problemas de saúde em geral. Além disso, a violência sexual, particularmente durante a infância, pode levar ao aumento do tabagismo, uso indevido de drogas e álcool e comportamentos sexuais de risco mais em longo prazo. Também está associado à perpetração de violência (para homens) e como vítima de violência (para mulheres).

3 METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida (IVAPSA), que teve como objetivo principal compreender os efeitos de diferentes situações ocorridas durante a gestação que podem interferir sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como a possibilidade de identificar os fatores que possam trazer prejuízos para a criança e para o adulto, cujos protocolos foram publicados (BERNARDI *et al.*, 2012).

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo observacional longitudinal, utilizando uma amostra de conveniência de mães e seus recém-nascidos, no qual os grupos foram classificados de acordo com as exposições maternas ocorridas no período gestacional, como diabetes *mellitus* (DM), tabagismo (TAB) ou desfecho do recém-nascido, como pequeno para idade gestacional (PIG), com hipertensão (HAS) além de um grupo controle (CTL).

3.2 CENÁRIO E PERÍODO

O recrutamento das participantes ocorreu no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Todos localizados na cidade de Porto Alegre/RS.

3.2.1 Critérios de inclusão

Considerou-se elegível para participar do estudo puérperas residentes no município de Porto Alegre e que realizaram seus partos nos hospitais em estudo.

3.2.2 Critérios de exclusão

- ✓ Mães com teste positivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
- ✓ Recém-nascido pré-termo (<37semanas) ou gemelar ou com doenças congênitas ao nascimento ou que necessitassem de internação hospitalar.

3.2.3 População e amostra

A amostra foi dividida de acordo com cinco grupos de ambientes intrauterinos adversos:

- i) Diabetes *mellitus* (DM): Foram consideradas deste grupo as puérperas que tiveram diagnóstico de DM do tipo 1, tipo 2 ou gestacional;
- ii) Hipertensão (HAS): Foram consideradas deste grupo as puérperas que tiveram diagnóstico de HAS prévia ou gestacional;
- iii) Tabagismo (TAB): foram consideradas deste grupo as puérperas que responderam afirmativamente à questão de fumo na gestação;
- iv) Recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG): foram consideradas deste grupo as crianças nascidas a termo que estiveram abaixo do percentil 5, segundo os parâmetros da curva de Alexander (ALEXANDER *et al.*, 1996);
- v) Controle (CTL): foram consideradas deste grupo as puérperas que não apresentaram as condições anteriores.

Para algumas análises, a amostra foi subdividida em dois grupos: Grupo 1. Doentes: Grupo de ambientes intrauterinos adversos - considerados para este grupo puérperas diabéticas, hipertensas, tabagistas e os recém-nascidos PIGs; Grupo 2. Controle: Grupo controle – puérperas controles.

3.2.4 Logística do estudo e coleta de dados

A coleta de dados foi dividida em seis entrevistas, sendo a primeira no pós-parto (PP) entre 24h e 48h do nascimento do bebê. As demais coletas ocorreram aos sete dias, 15 dias, um mês, três meses e seis meses de vida da criança. Nas entrevistas de um mês e seis meses, as mães foram convidadas a irem até o Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA e as demais foram realizadas no domicílio das mães (Quadro 1).

Na primeira entrevista, foram explicados os objetivos do estudo e entregue o TCLE (Apêndice A). Após sua concordância e assinatura, foi aplicado um questionário sobre as condições prévias da saúde da gestante, bem como informações socioeconômicas e demográficas da família, clínicas e biológicas (Apêndice B).

Nas entrevistas dos dias 7, 15 e 90 foram aplicados questionários estruturados, os quais foram utilizados para contemplar o objetivo desse estudo (Apêndices C, D e E). Além dessas entrevistas, ocorreram outras duas entrevistas, uma no primeiro mês e a outra no sexto mês, onde eram aplicados os seguintes questionários: *Abuse Assessment Screen* (AAS) e estresse materno percebido através da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) (Anexos A e B). O questionário de avaliação de abuso de cinco itens (AAS) tem sido amplamente usado internacionalmente para identificar violência doméstica durante a gravidez (BASILE; HERTZ; BACK, 2007), inclusive em populações de baixa renda e com mulheres no Brasil e no Sri Lanka (RABIN *et al.*, 2009).

Para esse trabalho foram consideradas perdas de seguimento as coletas não realizadas em algum período do estudo, caracterizadas por perda de contato com as mães, mudança de endereço ou participantes que não haviam respondido aos questionários de violência (AAS) de forma positiva e do estresse (PSS-14). A perda de seguimento não significava a exclusão definitiva da dupla mãe-filho do estudo, pois a busca pela entrevista era retomada nas visitas posteriores. Foram 27 consideradas recusas por aquelas mães que após o contato pessoal ou por telefone, afirmaram não ter mais interesse em participar da pesquisa.

Quadro 1 – Logística da coleta de dados – IVAPSA - Porto Alegre, 2019

Etapa da Entrevista	Local	Instrumento	Variáveis
Pós-parto	Leito do Hospital	TCLE – (Apêndice A)	Questionário sobre informações socioeconômicas e demográficas maternas, informações prévias de saúde da gestante e de nascimento do bebê (Apêndice B)
Um mês	Centro de Pesquisa Clínica - HCPA	Questionário sobre informações de saúde infantil (Apêndice C)	Questionário de violência doméstica (Apêndice D)
Seis meses	Centro de Pesquisa Clínica - HCPA	Questionário sobre informações de saúde infantil (Apêndice F)	Questionário de violência doméstica (Apêndice D)

Legenda: TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

3.2.4.1 Instrumentos de coleta de dados

3.2.4.1.1 Questionário de violência (AAS)

As questões relativas à violência foram desenvolvidas pela equipe internacional do estudo multipaís da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica (WHO, 2013).

No presente estudo foram considerados três tipos de violência: i) violência física – agressão física ou uso de objetos ou armas para produzir lesões; ii) violência psicológica – como comportamento ameaçador, humilhação e insultos; e, iii) violência sexual – relações sexuais impostas com uso de força ou ameaças físicas e imposição de atos considerados humilhantes. Essas violências tinham como agressor o parceiro íntimo, definido como o parceiro ou ex-parceiro com quem a mulher vivia ou costumava viver, independentemente de união formal, incluindo parceiros atuais com quem mantinham relações sexuais. A VPI foi considerada positiva se a mulher respondeu “sim” a, pelo menos, uma das questões que compõem cada tipo de violência (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000).

3.2.4.1.2 Escala de estresse percebido (PSS-14)

Para avaliar o nível de estresse percebido da mãe, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale – PSS 14*), validada para o Brasil por Luft *et al.* (2007). Está composta por 14 itens em forma de perguntas, respondidos em escala do tipo Likert de 5 pontos (0 - Nunca a 4 - Sempre). A soma da pontuação das questões pode variar de zero (sem estresse) a 56 (estresse extremo). Os 14 itens seguem a mesma proposta da versão original

(COHEN *et al.*, 1983), são divididos em sete negativos (1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14) e sete positivos (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13), sendo que este último fator tem sua pontuação invertida para o cômputo da pontuação geral.

A PSS-14 não se constitui como um instrumento de diagnóstico de estresse, ou de avaliação de estresse relacionado a qualquer outro contexto. A PSS-14 é uma medida genérica de níveis de estresse percebido, de maneira que não são avaliadas as fontes causadoras de estresse.

3.2.4.2 Controle de qualidade da pesquisa

O banco de dados foi realizado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, com dupla digitação e validado.

3.2.4.3 Cálculo do poder amostral

Para este estudo, realizou-se o poder amostral, considerando um tamanho de efeito estimado de 0,25, poder do teste de 80%. Estimou-se necessário o número amostral de duzentos pares mãe-filho. O cálculo foi realizado no programa *G Power* versão 3.1.9.

3.2.4.3.1 Variáveis do estudo

Desfecho: Avaliação de crescimento em um e seis meses de vida da criança.

Exposição: Violência materna gestacional e pós-natal sofrida a partir de diferentes ambientes intrauterinos do estudo.

Covariáveis: Condições socioeconômicas, demográficas, biológicas e comportamentais (estresse materno percebido).

3.2.4.4 Análise estatística

As proporções das variáveis estudadas foram comparadas entre os grupos e violência pelo teste de qui-quadrado. Para comparar as médias das variáveis estudadas entre aos grupos (DM, HAS, PIG, TAB e CTL) e violência foi realizado o teste t para amostras independentes.

Para comparar as médias dos crescimentos padronizados, foram realizados pelo modelo de Equações de Estimações Generalizadas (*GEE Model*) (LIANG; ZEGER, 1986;

ZEGER; LIANG, 1986; GUIMARÃES; HIRAKATA, 2012). Essa análise é adequada para amostras relacionadas, já que cada sujeito é medido em dois momentos distintos. Dois modelos foram realizados: modelo 1) com efeitos grupo, tempo e grupo*tempo; modelo 2) violência, tempo e violência*tempo. O modelo foi composto por uma matriz de correlação trabalho não estruturada, uma matriz de covariância de estimador robusto e uma distribuição normal com função ligação identidade. Quando significativo, o teste *post-hoc* de Bonferroni foi utilizado.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto IVAPSA foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do grupo Hospitalar Conceição, sendo aprovado sob os números 110097 e 11027, respectivamente, e conforme a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época. Não apresenta riscos para os sujeitos da pesquisa, estando em consonância com a Resolução atual de nº 466/2012. Além disso, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias: uma entregue ao responsável e outra ao pesquisador. Nele, foram informados os objetivos do estudo e todos os procedimentos realizados durante o acompanhamento. Foram concedidos o anonimato e a confidencialidade das informações às participantes, os quais foram utilizados apenas para esta pesquisa.

4 ARTIGO 1

Gestational violence and somatic growth of the fetus: according to different maternal and fetal conditions

Abstract

Introduction: Gestational violence is associated with a significant risk to the health of women and their offspring. **Objective:** to evaluate the impact of the interaction between gestational violence and the different clinical gestational and fetal conditions on the somatic growth of these newborns. **Method:** This study is part of a research project, Impact of variations in the perinatal environment on the health of the newborn in the first six months of life. The sample was divided according to four groups of adverse intrauterine and fetal environments and more control. Data were obtained through interviews in the first month and in the sixth month of life. We obtained 225 women who answered the Violence Scale, Abuse Assessment Screen, a scale composed of four questions categorized in A, B, C, D, E validated in Brazil. **Results:** Women with a history of positive violence had a z score of child length in the postpartum 0.36 (1.12 d.p.), with physical violence with the highest number of cases 71 (31.6%). The interaction was significant $p = 0.036$, when we compared over time, the group that suffered some type of violence, observing the average of the somatic length in the post time ($p = 0.02$) is smaller in relation to the pre time ($p = 0.41$). **Conclusion:** Gestational violence impacted the somatic growth of infants regardless of intrauterine environments and fetal outcome.

Keywords: Violence during pregnancy; Intimate Partner Violence; Gender Violence, Growth.

Introduction

The consequences of gestational violence reflect in the formation of human capital, particularly in the results of child health, which, in turn, is an important measure in human formation and development (Ramos; Heredia; Urdinola, 2019). In a study with a cluster of 42 demographic variables and health surveys with 26 developing countries, an association was found between a low level of growth in physical and sexual exposure to intimate partner violence (IPV) (OR 1.09 - 1.10) (Chai *et al.*, 2016).

In this sense, several studies have reported negative associations between IPV and the gestational period, including an increase in sexually transmitted infections (Diaz-Olavarrieta *et al.*, 2007; Peltzer *et al.*, 2013; Shamu *et al.*, 2013), episodes of depression (Diaz-Olavarrieta *et al.*, 2007; Fanslow, *et al.*, 2008; Urquia *et al.*, 2011), inadequate prenatal care (Cha; Masho, 2014), placental detachment (Leone *et al.*, 2010) and abortion (Fanslow *et al.*, 2008). In children of women victims of IPV, there is an increased risk of prematurity (Valladares *et al.*, 2002), low birth weight (Altarac; Strobino, 2002; Valladares *et al.*, 2002) and fetal death (Jejeebhoy, 1998). Therefore, the importance of strengthening prenatal control

and protection for women and children in social groups with high exposure to domestic violence is noted (Ramos; Heredia; Urdinola, 2019). Since, in the last decade, both the maternal experience of violence and mental health, especially depression, has been associated with threats to a child's health, especially in the first year of life (Andersson *et al.*, 2004; Chung *et al.*, 2004; Patel *et al.*, 2004).

Among the limited research on prenatal exposure to interparental violence (fetal exposure to violence perpetrated against a pregnant mother), exposure to IPV in utero is associated with an increased risk of perinatal death (Coker; Sanderson; Dong, 2004) as well as premature birth and low birth weight (Donovan *et al.*, 2016). Several studies have also demonstrated the role of exposure to IPV during pregnancy, by conferring risk on children's socio-emotional development. IPV during pregnancy is associated with the development of symptoms and patterns of posttraumatic stress disorder, in addition to the effect of postpartum exposure to IPV in infants and preschool-age children (Livendosky *et al.*, 2011).

Furthermore, IPV during pregnancy is associated with significant risk at the family level, including increased number of stressful events in maternal life, increased maternal parity (Cokkinides; Coker, 1998), maternal age under twenty, low family income, maternal history of psychopathology (Kingston *et al.*, 2016), residential neighborhood instability, lack of partner involvement and being in an uncompromised environment (Yount *et al.*, 2010), suggesting that this exposure may be associated with a level of parental risk that extends beyond prenatal care. Since there is a relationship between IPV and extrauterine factors (Min *et al.*, 2015), maternal depression and adverse birth outcomes (Caldwell; Bradley, 2003), weight and length decrease (Capaldi; Patterson, 1989; Carmody; Bennett; Lewis, 2011)) increased risk of growth deficiency, adverse social development (CDC, 2009).

Intimate partner violence poses a major threat to women's health and rights globally (Who, 2013). In view of this, nearly a third of all women have experienced physical and/or sexual violence by an intimate partner (Who, 2013). A similar global estimate pointed to 30% of the lifetime frequency of exposure to intimate partner violence among women, obtained in a meta-analysis based on 141 studies conducted in 81 countries (Devries *et al.*, 2013). It seems likely that intimate partner violence against women has an impact on the growth and nutritional status of children of affected women. Estimates indicate that 170 million children in low- and middle-income countries with growth deficit (Stevens *et al.*, 2012) may be suffering the indirect effects of such violence. Numerous attempts have been made, with the aim of investigating possible links between intimate partner violence, growth retardation and

the consequences on the offspring (Ackerson; Subramanian, 2008; Salazar *et al.*, 2012; Sobkoviak; Yount; Halim, 2012). In view of the evidence presented, the objective of this research is to evaluate the interaction between violence against women during pregnancy and different clinical conditions for pregnancy and fetus on the somatic growth of these newborns.

Methodology

Ethical note, location and characterization of the study

This study is part of a larger research entitled *Impact of perinatal environment variations on the health of newborns in the first six months of life – IVAPSA*, whose main objective was to understand the effects of different situations that occur during pregnancy that can interfere on child growth, behavior and development, as well as the possibility of identifying factors that may harm children and adults, whose protocols have been published (Bernardi *et al.*, 2012). This project was approved by the Research Ethics Committees of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and the Grupo Hospital Conceição (GHC), under protocols 110097 and 11027, respectively, and pursuant to Resolution n°. 196/1996 of the National Council of Health.

Thus, the application of this protocol does not present risks for the research subjects, being in line with the current Resolution n° 466/2012. In addition, as a prerequisite for participation in this study, all participants signed the Written Informed Consent Form (WICF) in two copies: one delivered to the responsible person and the other to the researcher. In it, the objectives of the study and all procedures performed during follow-up were informed. The anonymity and confidentiality of the participants' information were granted, which were used only for this research.

The present research is a longitudinal observational study using a convenience sample of mothers and their newborns ($n = 400$ dyads mothers and newborns), in which the groups were classified according to the maternal exposures that occurred in the gestational period, such as diabetes *mellitus* (DM), smoking (TAB) or newborn outcome, such as small for gestational age (SGA), with Hypertension (SAH) in addition to a control group (CTL). The recruitment of participants took place in two public hospitals in Porto Alegre, HCPA and GHC. Women residing in the city of Porto Alegre and who delivered at the study hospitals from December 2011 to January 2016 were eligible to participate in the study. The exclusion criteria were as follows: mothers with a positive HIV test; preterm newborn (<37 weeks) or twins or with congenital diseases at birth or requiring hospitalization.

Data collection was performed by applying questionnaires to the participants at the Clinical Research Center (CPC) of the HCPA, consisting of six moments, which occurred between the first month and the sixth month of the child's life. However, the presentation of results comprises the interviews carried out in the first and sixth month. The first, at thirty days, referring to abuse that occurred during pregnancy, and at six months, referring to abuse that occurred in the first six months of the child's life. In the first interview, the objectives of the study were explained and the WICF was delivered. After her agreement and signature, a questionnaire was applied in a reserved room, in which the participant answered all the questions alone, which contained questions about the pregnant woman's previous health conditions, and family, clinical and biological socioeconomic and demographic information.

In the first interview (first month), two self-administered questionnaires were filled out: i) referring to the Violence Attitude Scale (VAS); and, ii) Perceived Stress Scale (PSS-14) (Appendices A and B), which contained questions about growth, development and anthropometric assessment.

Formation of study groups

The sample was divided according to four groups of adverse intrauterine environments. Diabetes *mellitus* (DM): the puerperal women who were diagnosed with type 2 and gestational DM were considered in this group. Hypertension (SAH): the puerperal women who had been diagnosed with prior or gestational SAH were considered in this group. Smoking (TAB): puerperal women who answered affirmatively to the question of smoking during pregnancy were considered in this group. Newborns Small for Gestational Age (SGA): children born at term who were below the 5th percentile were considered in this group, according to the parameters of the Alexander curve (Alexander *et al.*, 1996). Control (CTL): puerperal women who did not present the previous conditions were considered in this group.

For some analyses, the sample was subdivided into two groups: 1. Group of adverse intrauterine environments: patients were considered for this group diabetic puerperal women, hypertensive women, smokers and SGA newborns, this group containing different forms of organic vulnerability; 2. Control group: control postpartum women.

Statistical analysis

Analyses of the studied covariates were compared between groups and violence using the chi-square test. To compare the means of the studied variables between groups and violence, the t test for independent samples was performed. To compare the averages of the

standardized growths, they were performed using the Generalized Estimating Equations (GEE Model) model (Guimarães; Hirakata, 2012; Liang; Zeger, 1986; Zeger; Liang, 1986). Weight and length were transformed into weight-for-height Z-scores (WHZ) using the WHO Anthro® version 3.2.2 program. This analysis is suitable for related samples, as each subject is measured at two different times. Three models were performed: model 1) with group, time and group*time effects; model 2) violence, time and violence*time; and, model 3) group, violence, time, group*time, violence*time and group*violence. When significant, the Bonferroni post-hoc test was used. The significance level adopted was 5%.

Results

During the study period, 225 women responded to the Violence Attitude Scale (VAS). Of these, 130 (58.2%) suffered some type of violence and 94 (41.8%) suffered only one type of the three types of violence characterized in the study, comprising the population available for analysis. In the sample in different intrauterine environments and the different types of violence, no statistically significant difference was observed, in the association with alcohol consumption there was no positive association of violence with the different intrauterine environments (Table 1).

In Table 2, no differences were identified between the covariates and outcomes assessed between the group of women who reported IPV and those who did not report IPV.

The analysis compared over time (0 and 6 months), the group and the interaction of factors, the interaction was not significant ($P=0.074$) in relation to length, the mean of the standardized length between the groups, with the DM group higher average in relation to the SGA and Control categories (Table 3).

In model 2, the comparison was in relation to having or not having suffered some type of violence. The interaction was significant $P=0.036$, when comparing the group that suffered some type of violence over time, it can be observed that the average of the somatic length in the post time ($P=0.02$) is smaller in relation to the pre time ($P=0.41$). When comparing the post time between the categories of violence, it can be observed that the children of women who have not suffered violence have higher somatic length averages when compared to the somatic length of the children of women who have had some type of violence. Without violence $P= 0.43$ and with violence $P= 0.02$. The mean of the somatic length between the groups ($P=0.001$), with the DM group having a higher mean in relation to the SGA category.

Table 1 - Maternal sociodemographic and perinatal characteristics among women who report at least one episode of violence and alcohol use

		DM	SAH	TAB	SGA	CTL	<i>P</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Psychological violence	Not	31 (72.1)	19 (79.2)	26 (65.0)	18 (78.3)	80 (84.2)	0.149
	Yes	12 (27.9)	5 (20.8)	14 (35.0)	5 (21.7)	15 (15.8)	
Physical violence	Not	32 (74.4)	18 (75.0)	20 (50.0)	17 (73.9)	67 (70.5)	0.092
	Yes	11 (25.6)	6 (25.0)	20 (50.0)	6 (26.1)	28 (29.5)	
Sexual violence	Not	42 (97.7)	24 (100.0)	36 (92.3)	23 (100.0)	91 (95.8)	0.588
	Yes	1 (2.3)	0 (0.0)	3 (7.7)	0 (0.0)	4 (4.2)	
General violence	Never had	27 (62.8)	15 (62.5)	15 (37.5)	14 (60.9)	60 (63.2)	0.071
	At least one	16 (37.2)	9 (37.5)	25 (62.5)	9 (39.1)	35 (36.8)	
Alcohol use	Unused	11 (25.6)	4 (16.7)	4 (10.0)	7 (30.4)	28 (29.5)	0.128
	With use	32 (74.4)	20 (83.3)	36 (90.0)	16 (69.6)	67 (70.5)	

Legend: Chi-square test to compare proportions. DM: diabetes *mellitus*; SAH: hypertension; TAB: smoking; SGA: newborn - small for gestational age; CTL: control.

Table 2 – Comparison of types of violence and general violence between groups and general sample. IVAPSA, Porto Alegre September 2015 to March 2018

Variables		General average (DP)	No violence average (DP)	With violence average (DP)	P1
WHZ (first interview)		0.36 (1.12)	0.32 (1.10)	0.41 (1.16)	0.582
Age (mother)		27.2 (6.7)	27.0 (6,6)	27.6 (7.0)	0.516
Number of prenatal consultations		8.3 (3.1)	8.4 (3.1)	8.1 (3.0)	0.555
Variables	Categories	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	P2
Age (categorized)	18 - 30 years old	131 (58.2)	82 (62.6)	49 (52.1)	0.273
	<18 years old	16 (7.1)	9 (6.9)	7 (7.4)	
	>=30 years old	78 (34.7)	40 (30.5)	38 (40.4)	
Marital Status	with partner	41 (18.2)	22 (16.8)	19 (20.2)	0.631
	without partner	184 (81.8)	109 (83.2)	75 (79.8)	
Child (sex)	Female	123 (54.7)	69 (52.7)	54 (57.4)	0.566
	Male	102 (45.3)	62 (47.3)	40 (42.6)	
Alcohol **	Unused	54 (24.0)	34 (26.0)	20 (21.3)	0.514
	With use	171 (76.0)	97 (74.0)	74 (78.7)	

Legend: 1- *t* test for independent samples; 2 - Chi-square test

Table 3 – Comparison of the means of standardized length (WHZ) and the relationship of the factors group and time (Model 1) and suffering violence and time (Model 2). IVAPSA, Porto Alegre September 2015 to March 2018

		Time		Difference	Total
		0	6 months		
		average [IC95%]	average [IC95%]		average [IC95%]
Group					
Model 1	DM	0.79 [0.52; 1.07]	0.62 [0.24; 0.99]	0.18 [-0.26; 0.61]	0.70* [0.46; 0.95]
	SAH	0.43 [-0.11; 0.98]	0.29 [-0.15; 0.73]	0.14 [-0.46; 0.74]	0.36 [-0.03; 0.76]
	TAB	0.38 [0.09; 0.68]	0.26 [-0.18; 0.70]	0.12 [-0.35; 0.60]	0.32 [0.03; 0.61]
	SGA	-0.71 [-1.03; -0.40]	0.14 [-0.56; 0.83]	-0.85 [-1.53; -0.16]	-0.29# [-0.71; 0.13]
	CTL	0.39 [0.17; 0.61]	0.11 [-0.22; 0.43]	0.28 [-0.10; 0.66]	0.25# [0.04; 0.45]
	Total	0.26 [0.10; 0.41]	0.28 [0.07; 0.49]		
Violence					
Model 2	WITHOUT	0.32 [0.13; 0.51]	0.43 ^A [0.20; 0.67]	-0.11 [-0.37; 0.14]	0.38 [0.21; 0.55]
	WITH	0.41 ^a [0.18; 0.64]	0.02 ^{Bb} [-0.30; 0.34]	0.39 [-0.00; 0.78]	0.21 [0.01; 0.42]
	Total	0.37 [0.22; 0.51]	0.23 [0.03; 0.43]		

Outcome – Length (Z Score); GEE model;

Model 1 – factors: Time, Group, Group*Time. p Values: P_{Time} = 0.835; P_{Group} = **0,001**; P_{Time*Group} = 0.074

Model 2 – factors: Time, Violence, Time*Violence. p Values: P_{Time} = 0.249; P_{Violence} = 0,220; P_{Time*Violence} = **0.036**

DM: diabetes *mellitus*; SAH: hypertension; TAB: smoking; SGA: Small for Gestacional Age; CTL: control

Discussion

The evaluation of postnatal growth of infants of mothers who suffered violence was significantly lower when compared to the group of children whose mother did not suffer any violent episode, regardless of the previous medical history of the pregnant woman and the fetus. The results demonstrated the deleterious effect of domestic violence on newborns and infants, and this is strongly manifested after birth. On the other hand, the clinical frailty of the pregnant woman given by the DM frame and SAH did not increase the degree of vulnerability or protection against the presence of IPV. Children whose mothers belonged to the diabetic group (DM) were expected to obtain a higher mean length in relation to the category small for gestational age (SGA) and when violence is related to time, the interaction becomes significant. The findings of this study corroborate the meta-analysis of 14 studies published in developed countries, which found a small but significant effect of violence during pregnancy on low birth weight (OR = 1.4; CI 95%, 1.1–1.8) (Ferraro *et al.*, 2017). The present study shows a difference in the postpartum and six-month somatic length pattern in women who have suffered at least one violent episode.

In Liberia, children whose mothers were exposed to IPV were found to have relatively low mean weight-for-height z-scores and were 2.6 times more likely to have impaired growth than the other children in the study (Sobkoviak; Yount; Halim, 2012). In low-income families, the effects on child growth of maternal exposure to violence can be masked by the greater impacts of food insecurity (Unicef, 1990), micronutrient deficiency (Fink; Gunther; Hill, 2011) and limited access to sanitation (Bloom *et al.*, 2010). Women with more years of education may have more autonomy or relative autonomy within a relationship than women with fewer years of education and, therefore, are less vulnerable to the effects of IPV on the ability to care for their children (Grimstad *et al.*, 1997; 1999; Unicef 2007; Shroff *et al.*, 2011).

The mechanisms through which IPV contributes to child development are complex. IPV affects mothers through physical damage (Holden; Geffner; Jouriles, 2018) and can lead to depression and stress (Vizcarra *et al.*, 2004; Kumar *et al.*, 2005). Development and nutrition for children can be adversely affected by mothers exposed to IPV during their intra- and extra-uterine lives (Yount; Digirolamo; Ramakrishnan, 2011).

The result found for violence corroborates other studies that evaluated 40,000 people in four Cohorts in northern countries. When evaluating the prospective relationship between bullying and violence at work and the risk of type 2 DM, they obtained results that induced

negative emotions, such as depression and anxiety, may contribute to the increased risk of type 2 DM, through prolonged activation of the hypothalamic-pituitary adrenal axis and the Sympathetic Nervous System, or through impaired sleep, for example. This result partly corroborates with this study, being that the sexual violence and psychological violence, in the total sample, showing a statistically significant difference, indicating that these types of violence, when related to perceived stress, increase the risk of violence and may indicate adverse results in self-care and consequences for the child's health in the long term.

Em estudo conduzido na Libéria, crianças cujas mães foram expostas à violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, apresentaram escores-z de peso médio por peso relativamente baixos e apresentaram 2,6 vezes mais chance de prejuízo no desenvolvimento do que as outras crianças no estudo (SOBKOVIAK; YOUNT; HALIM, 2012). Da mesma forma, em um estudo de base comunitária na Nicarágua, filhos de mães que relataram sofrer VPIG tiveram estatura relativamente baixa para a idade (SALAZAR *et al.*, 2012).

In a study conducted in Liberia, children whose mothers were exposed to intimate partner sexual violence had relatively low average weight-for-weight z-scores and were 2.6 times more likely to have developmental impairment than the other children in the study (Sobkoviak; Yount; Halim, 2012). Likewise, in a community-based study in Nicaragua, children of mothers who reported experiencing intimate partner violence during pregnancy (IPVP) had relatively short stature for their age (Salazar *et al.*, 2012).

A study of a nationally representative sample of children in India showed that, compared to the other children they investigated, children of women who were exposed to IPV in the past year were 25% more likely to have developmental impairment (Chai *et al.*, 2016).

In a study carried out, Neamah *et al.* (2018) found that depression and physical and sexual IPV in mothers are associated with lower motor and communication scores in children on the Bayley Scales of Infant Development, Third Edition (BSID-III). Simultaneous exposure to physical and sexual IPV was associated with lower cognitive scores. No association was found between maternal depression and child nutritional status; however, exposure to only sexual IPV and physical and sexual IPV was associated with dwarfism. Reductions in cognitive skills, fine motor skills, and language development can affect children's future educational and economic performance. Therefore, capturing reductions in Standardized Mean Difference (SMD) developmental outcomes can be useful in planning treatment and empowering affected children to realize their full potential.

Previous research has revealed that women who reported using substances during pregnancy were significantly more likely to meet criteria for psychopathology than women who denied use, suggesting that prenatal exposure to the substance may be associated with additional risk factors that affect children's future exposure to violence (Havens; Simmons; Shannon; Hansen, 2009). The teratogenic effects of prenatal exposure to the substance in childhood can be properly difficult to identify, because developmental processes are influenced by social factors and environmental conditions (Fried, 2002).

Study strengths

This is a prospective study, with complete data and a sample without clinical overlap. Without the presence of possible confounders such as prematurity.

Limitations

Small sample size for clinical groups. The instrument, using only two occasions. Psychomotor development assessment was not performed.

Final considerations

Violence against women must be investigated at all times, along with prenatal or family planning consultations. Primary care is the “entrance door” that builds bonds in the care of pregnant women, where home visits are a rich tool for accessing and building bonds for investigating violence. From a gender perspective, investing in building a less patriarchal society, minimizing social structures and their gender beliefs towards women is a challenge as a society.

Conclusion

Violence was evidenced by a population at risk, which are women and pregnant women, with an impact on the somatic length of their children, making the transgenerational cycle of violence strong and with irreversible impacts for the entire generation.

References

Ackerson LK, Subramanian SV. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. **American journal of epidemiology**, v.15, n.167/10, p.1188-96, 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwn049>.

Alexander GR, Himes JH, Kaufman RB, Mor J, Kogan M. A United States national reference for fetal growth. **Obstetricia y ginecologia**, v.87, n.2, p.163-8, 1996.

Altarac M, Strobino D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. **Journal of the american medical women's association**, v.57, p.208-214, 2002.

Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. **American journal of epidemiology**, v.159, n.9, p.872-81, 2004.

Bernardi JR, Ferreira CF, Nunes M *et al.* Impact of Perinatal Different Intrauterine Environments on Child Growth and Development in the First Six Months of Life-IVAPSA Birth Cohort: rationale, design, and methods. **BMC pregnancy and childbirth**, v.12. p.25, 2012 Apr 2. doi:10.1186/1471-2393-12-25.

Bloom DE, Canning D, Fink G, Khanna T, Salyer P. Urban settlement: data, measures, and trends. In: Beall J, Huha-Khasnabis B, Kanbur R (Eds). **Urbanization and development: multidisciplinary perspectives**. Oxford: Oxford University Press, 2010. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199590148.003.0002>.

Caldwell BM, Bradley RH. **Home Inventory Early Adolescent Version**. Little Rock, AR: University of Arkansas for Medical Sciences, 2003.

Capaldi DM, Patterson G. **Psychometric Properties of Fourteen Latent Constructs from the Oregon Youth Study**. New York: Springer-Verlag, 1989.

Carmody DP, Bennett DS, Lewis M. The effects of prenatal cocaine exposure and gender on inhibitory control and attention. **Neurotoxicology and teratology**, v.33, p.61-68, 2011.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention/WHO. **YRBSS: Youth risk behavior surveillance system, 2009**. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm>.

Cha S, Mash SW. Intimate partner violence and utilization of prenatal care in the United States. **Journal of interpersonal violence**, v.29, p.911-927, 2014. doi: 10.1177/0886260513505711.

Chai J, Fink G, Kaaya S, Danaei G, Fawzi W, Ezzati M, Lienert J, Fawz MCS. Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. **Bull world health organ**, v.94, n.5, p.331-339, 2016. doi:10.2471/BLT.15.152462.

Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. **Psychosomatic medicine**, v.63, n.5, p.830-4, 2001.

Chung D, O'Leary P, Zannettino L. **National review of integrated programs for perpetrators of domestic violence**. Canberra, Australia: Office for Status of Women, Department of the Prime Minister and Cabinet, 2004.

Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v.18, n.4, p.260-269, 2004. doi:10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x.

Cokkinides VE, Coker AL. Experiencing Physical Violence During Pregnancy: Prevalence and Correlates. **CRVAW Faculty Journal Articles**, v.132, 1998. https://uknowledge.uky.edu/crvaw_facpub/132.

Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G *et al.* Global Health. The global prevalence of intimate partner violence against women. **Science**, v.28, 340, n.6140, p.1527-8, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1240937>.

Diaz-Olavarrieta C, Garcia SG, Feldman BS, Polis AM, Revollo R, Tinajeros F, Grossman D. Maternal syphilis and intimate partner violence in Bolivia: A gender-based analysis of implications for partner notification and universal screening. **Sexually transmitted disease**, v.34, 7 Suppl., p.S42-S46, 2007. doi:10.1097/01.olq.0000261725.79965.af.

Donovan BM *et al.* Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta- analysis. **BJOG An international journal of obstetrics & gynaecology**, v. 123, n. 8, p. 1289-1299, 2016.

Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. **Journal of interpersonal violence / Journal of obstetrics and gynaecology**, v.48, p.391-397, 2008. doi:10.1111/j.1479- 828X.2008.00866.x.

Ferraro A, Archanjo LAR, Polanczyk GV, Argeu A, Miguel EC, Grisi SJFE, Fleitlich-Bilyk B. The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. **BMC Pregnancy childbirth published**, v.17, p. 257, 2017. doi: 10.1186/s12884-017-1438-x 2017.

Fink G, Gunther I, Hill K. The effect of water and sanitation on child health: evidence from the demographic and health surveys 1986. **International journal of epidemiology**, v.40, n.5, 11960(5), p.1, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyr102> PMID: 21724576.

Fried CS, Reppucci ND. Youth violence: Correlates, interventions, and legal implications. Série I. **Life and behavioural sciences**, v. 324, 2002.

Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Interpersonal conflict and physical abuse in relation to pregnancy and infant birth weight. **Journal of women's health & gender-based medicine**, v.8, n.6, p.847:8478, 1999. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/152460999319165>.

Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Physical abuse and low birthweight: a case-control study. **British journal of obstetrics and gynaecology**, v.104, n.11, p.128111, 1997. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb10975>.

Guimarães LSP, Hirakata VN. Use of the generalized estimating equation model in longitudinal data analysis. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 503-511, 2012. <http://hdl.handle.net/10183/158366>.

Havens JR, Simmons LA, Shannon LM, Hansen WF. Factors associated with substance use during pregnancy: results from a national sample. **Drug Alcohol Depend**, v.99, n.1-3, p.89-95, 2009;. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.07.010.

Holden G, Geffner R, Jouriles E, Richards TN, Patterson MJ. In: Holden G, Geffner R, Jouriles E (Eds.). **Children exposed to marital violence. Theory, research, and applied issues**. APA books, 2018. p. 21-54.

Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: Impressions from a survey in rural India. **Studies in family planning**, v.29, p.300-308, 1998.

Kingston *et al.* Constructing “packages” of evidence-based programs to prevent youth violence: Processes and illustrative examples from the CDC’s Youth Violence Prevention Centers. **The journal of primary prevention**, v.37, n.2, p.141-163, 2016.

Kumar *et al.* Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. **The british journal of psychiatry**, v.187, n.1, p.62-67, 2005.

Levendosky AA, Bogat GA, Huth-Bocks AC. The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child. **Psychoanalytic psychology**, v.28, n.4, p.512, 2011.

Liang K-Y, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. **Biometrika**, v.73, n.1, p.13-22, 1986.

Min MO, Minnes S, Lang A, Yoon S, Singer LT. Effects of prenatal cocaine exposure on early sexual behavior: Gender difference in externalizing behavior as a mediator. **Drug alcohol depend**, v.1, n.153, p.59-65, 2015. doi: 10.1016/j.

Neamah Hind H, Sudfeld C, Mccoy DC, Fink G, Fawzi WW, Masanja H, Danaei G, Muhihi A, Kaaya S, Fawzi MCS. Intimate Partner Violence, Depression, and Child Growth and Development. **Pediatrics**, v.142, n.1, p.e20173457, 2018. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3457>.

Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. **The BMJ**, v.328, p.820-3, 2004.

Peltzer K, Jones D, Weiss SM, Villar-Loubet O, Shikwane E. Sexual risk, serostatus and intimate partner violence among couples during pregnancy in rural South Africa. **AIDS and Behavior**, v.17, p.508-516, 2013. doi:10.1007/s10461-012- 0185-2.

Ramos RR, Heredia RH, Urdinola BP. Morbi-Mortality of the Victims of Internal Conflict and Poor Population in the Risaralda Province, Colombia, **International journal of environmental research and public health**, v.16, n.9, p.1644, 2019. doi: 10.3390/ijerph16091644.

Rodrigues D P. *et al.* Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n.2, p.206-212, 2014.

Salazar M, Högberg U, Valladares E, Persson L-Å. Intimate partner violence and early child growth: a community-based cohort study in Nicaragua. **BMC Pediatrics**, v.12, n.1, p.82, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-12-82>.

Shamu S, Abrahams N, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman, M. Intimate partner violence during pregnancy in Zimbabwe: A cross-sectional study of prevalence, predictors and associations with HIV. **Tropical med & international health**, v.18, p.696-711, 2013. doi:10.1111/tmi.12078.

Shroff MR, Griffiths PL, Suchindran C, Nagalla B, Vazir S, Bentley ME. Does maternal autonomy influence feeding practices and infant growth in rural India. **Social science and medicine**, v.73, n.3, p.447-458, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.040>.

Sobkoviak RM, Yount KM, Halim N. Domestic violence and child nutrition in Liberia. **Social science and medicine**, v.74, n.2, p.103-111, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.024>.

Stevens GA, Finucane MM, Paciorek CJ, Flaxman SR, White RA, Donner AJ. *et al.* Nutrition Impact Model Study Group (Child Growth). Trends in mild, moderate, and severe stunting and underweight, and progress towards MDG 1 in 141 developing countries: a systematic analysis of population representative data. **The Lancet**, v.1, n.380(9844), p.824-34, 2012. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60647-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60647-3).

Unicef. United Nations Children's Fund. **The State of the World's Children 2007: women and children, the double dividend of gender equality**. New York: United Nations Children's Fund, 2007. http://www.unicef.org/publications/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2007_e.pdf

Unicef. United Nations Children's Fund. **Strategy For Improved Nutrition Of Children And Women In Developing Countries**. New York: United Nations Children's Fund, 1990. http://www.ceecis.org/iodine/01_global/01_pl/01_01_other_1992_unicef.pdf.

Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI, Janssen PA, Thiessen KR. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. **BMC Pregnancy & childbirth**, v.11, Article 42, 2011. doi:10.1186/1471-2393-11-42.

Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua. **Obstetrics & Gynecology**, v.100, p.700-705, 2002.

Vizcarra B *et al.* Partner violence as a risk factor for mental health among women from communities in the Philippines, Egypt, Chile, and India. **Injury control and safety promotion**, v.11, n.2, p.125-129, 2004.

Who. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1.

Yount KM, Digirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. **Social science & medicine**, v.72, n.9, p.1534-1554, 2011.

Yount KM, Li L. Domestic violence against married women in Egypt. **Sex roles**, v.63, n.5-6, p.332-347, 2010.

Zeger SL, Liang KY. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. **Biometrics**, v.42, n.1, p.121-30, 1986.

Sobkoviak RM, Yount KM, Halim N. Domestic violence and child nutrition in Liberia. **Social science and medicine**, v.74, n.2, p.103-11, 2012. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.024> PMID: 22185910

5 ARTIGO 2

Violência contra a mulher, estresse e doenças crônicas - um estudo de coorte no Brasil

Violence against women, stress and chronic diseases - a cohort study in Brazil

RESUMO

Introdução: violência contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública, com conseqüências importantes para a saúde das mulheres. **Objetivo:** descrever o efeito cumulativo da violência em mulheres a partir do estresse percebido (físico, psicológico ou sexual) em diferentes ambientes intrauterinos (Diabetes *mellitus*, hipertensão, tabagismo e recém-nascidos pequenos para idade gestacional). **Método:** esse estudo faz parte de projeto de pesquisa, Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida. A amostra foi dividida de acordo com os grupos de ambientes intrauterinos e em grupos doentes e controle. Os dados foram obtidos através de entrevista no primeiro mês e no sexto mês de vida. Uma amostra de 225 mulheres respondeu ao questionário de violência, *Abuse Assessment Screen* e a Escala de Estresse Percebido. **Resultados:** os achados demonstraram diferença significativa para a violência psicológica e a violência sexual ($P=0,042$ e $P=0,044$, respectivamente) com desfecho de estresse percebido. Quando a amostra foi dividida em grupo doente e controle, obteve-se mulheres doentes com violência psicológica ($P=0,015$). **Conclusão:** A violência psicológica e a violência sexual foram mais comuns que a violência física, impactando no estresse que essas mulheres apresentaram.

Palavras-chave: Doenças Crônicas; Estresse; Violência

ABSTRACT

Introduction: violence against women is recognized as a public health problem with important consequences for women's health. **Objective:** to describe the cumulative effect of violence in women from perceived stress (physical, psychological or sexual) in different intrauterine environments (Diabetes mellitus, hypertension, smoking and small newborns for gestational age). **Method:** this study is part of a research project, Impact of variations in the perinatal environment on the health of the newborn in the first six months of life. The sample was divided according to the groups of intrauterine environments and in sick and control groups. Data were obtained through interviews in the first month and in the sixth month of life. In the sample of 225 women answered the Violence Scale, Abuse Assessment Screen, and the Perceived Stress Scale. **Results:** the findings showed a significant difference for psychological violence and sexual violence ($P = 0.042$ and $P = 0.044$, respectively) with perceived stress outcome and when the sample was divided into a sick and control group, it presented women with psychological violence ($P = 0.015$). **Conclusion:** Psychological violence and sexual violence were more common than physical violence, impacting the stress these women presented.

Keywords: Violence; Stresses; Chronic Diseases.

Introdução

A vulnerabilidade feminina e a pré-disposição à violência doméstica ancoram-se na visão socialmente construída do homem como dominador, forte, viril e insensível, e da mulher como delicada, fiel e submissa (REDDING *et al.*, 2017). Os diferentes atributos, considerados como inerentes ao homem ou à mulher, decorrem da construção histórico-social que determina a desigualdade de gênero, legitimando a inferioridade feminina e a superioridade social e sexual masculina (SCOTT, 1990). Essa assimetria favorece o relacionamento íntimo abusivo que expõe a mulher à violência conjugal (AMIR-UD-DIN; AZIZ, 2018), bem como a permanência por anos em relações violentas (GARCIA; SILVA, 2018). O caráter prolongado dessa vivência, assim como as elevadas prevalências do agravo, faz dele um problema importante e emergente para a saúde pública em âmbito global.

A violência conjugal contra a mulher, por parte de seus parceiros íntimos, quase triplicou entre 2009 e 2014, no Brasil (RODRIGUES *et al.*, 2017). Assim como, nos Estados Unidos, estima-se que, em 2011, sete mil mulheres foram violadas e 25 mil mulheres foram vítimas de outras formas de violência sexual por dia (BREIDING *et al.*, 2011). Ainda, de acordo com o Inquérito Nacional dos Estados Unidos sobre parceiro íntimo e violência sexual, após entrevistar 12.727 pessoas por telefone em 50 Estados, observaram que quase uma em cada cinco mulheres (19,3%) foram estupradas durante a vida e duas em cinco (43,9%) sofreram outras formas de violência sexual durante suas vidas. Ainda, cerca de uma em cada cinco mulheres (22,3%) sofreram violência física grave, e a perseguição foi sentida em uma em cada dez (9,2%). Das vítimas femininas de estupro, estima-se que 78,2% tenham sido estupradas pela primeira vez antes dos 25 anos de idade e 40,4% sofreram estupro antes dos 18 anos (BREIDING *et al.*, 2011).

A violência por parceiro íntimo não impacta apenas na saúde física, mas também, precede as emoções negativas que violam a integridade mental das mulheres. Os distúrbios físicos incluem as consequências diretas das lesões sofridas após a violência física, como fraturas, lacerações e traumatismos cranianos, infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas, como consequência da violência sexual e vários distúrbios da dor. Os impactos na saúde mental incluem um aumento do risco de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e suicídio, que podem persistir por anos, mesmo se a VPI deixar de existir (ALEJO, 2014). Usando as escalas de depressão pós-parto de Edimburgo, quase 50% das mulheres grávidas submetidas à VPI excederam o ponto de corte para a sintomatologia

depressiva (ALHUSEN *et al.*, 2015). Para mais, a VPI também está associada ao abuso de álcool e drogas, transtornos alimentares e do sono, inatividade física, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático e práticas sexuais inseguras, como transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), doença inflamatória pélvica e infecções do trato urinário (DELARA, 2016; HASSTEDT; ROWAN, 2016).

Além do exposto, as consequências aversivas à saúde da mulher ainda podem ser amplificadas na gravidez, com risco à vida da mulher e de sua progênie, como aumento de resultados de partos prematuros, baixo peso ao nascer e pequeno para a idade gestacional (PIG) (HILL *et al.*, 2016). Um relatório recente, referente às participantes do Programa de Visita Aprimorada à Violência Doméstica, mostrou que todas as mulheres que tiveram um teste positivo para a violência pelo parceiro tiveram um aumento de 4,8 vezes no risco de uma criança pequena para a idade gestacional (ALHUSEN *et al.*, 2015). Visto que as consultas pré-natal ocorrem de forma tardia ou são perdidas, ganho de peso insatisfatório, taxas mais altas de tabagismo e álcool e abuso de substâncias (CHA; MASHO, 2014; ALHUSEN *et al.*, 2015; KINGSTON; HEAMAN; URQUIA, 2016), que podem levar ao aborto induzido e também a desentendimentos graves com os parceiros.

Nesse contexto, as mortes maternas violentas também estão associadas à VPI. O *National Death Reporting System* mostrou que as taxas relatadas para suicídio e homicídio associados à gravidez foram de 2,0 e 2,9 mortes por 100 mil nascidos vivos, respectivamente, com diferenças observadas na incidência por idade materna e raça/etnia. Um total de 54,3% de suicídios associados à gravidez envolvia conflitos com parceiros íntimos que pareciam contribuir para o suicídio. Além disso, 45,3% dos homicídios associados à gravidez foram associados à VPI (PALLADINO *et al.*, 2011). Uma revisão da mortalidade materna na Nova Zelândia identificou o suicídio como a causa mais comum de mortalidade materna e identificou os principais fatores subjacentes, incluindo a saúde mental da mulher, abuso de substâncias e violência familiar (FARQUHAR; SADLER; MASSON, 2011).

Nesse sentido, podem ser esperados impactos negativos em crianças e adolescentes expostas à VPI, como problemas fisiológicos, sociais, emocionais e comportamentais, incluindo transtornos de humor e ansiedade, tratamento do estresse pós-traumático, abuso de substâncias e problemas relacionados à escola na infância e adolescência; esses problemas podem persistir até a idade adulta (GRAHAM-BERMANN *et al.*, 2012; WATHEN; MACMILLAN, 2013). Portanto, sob essa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo descrever o efeito cumulativo da violência em mulheres a partir do estresse percebido (físico,

psicológico ou sexual) em diferentes ambientes intrauterinos (Diabetes *mellitus*, hipertensão, tabagismo e recém-nascidos pequenos para idade gestacional).

Metodologia

Nota ética, local e caracterização do estudo

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada *Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida – IVAPSA*, que teve como objetivo principal compreender os efeitos de diferentes situações ocorridas durante a gestação que podem interferir sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como a possibilidade de identificar os fatores que possam trazer prejuízos para a criança e para o adulto, cujos protocolos foram publicados (BERNARDI *et al.*, 2012). O referido projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sob os protocolos 110097 e 11027, respectivamente, e conforme a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Desse modo, a aplicação desse protocolo não apresenta riscos para os sujeitos da pesquisa, estando em consonância com a Resolução atual de nº 466/2012. Além disso, como pré-requisito para participação no presente estudo, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias: uma entregue ao responsável e outra ao pesquisador. Nele, foram informados os objetivos do estudo e todos os procedimentos realizados durante o acompanhamento. Foram concedidos o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes, as quais foram utilizadas apenas para essa pesquisa.

A presente pesquisa constitui-se como um estudo observacional longitudinal utilizando uma amostra de conveniência de mães e seus recém-nascidos ($n = 400$ díades mães e recém-nascidos), no qual os grupos foram classificados de acordo com as exposições maternas ocorridas no período gestacional, como diabetes *mellitus* (DM), tabagismo (TAB) ou desfecho do recém-nascido, como pequeno para idade gestacional (PIG), com Hipertensão (HAS) além de um grupo controle (CTL). O recrutamento das participantes ocorreu em dois hospitais públicos de Porto Alegre, HCPA e o GHC. Considerou-se elegível para participar do estudo puérperas residentes no município de Porto Alegre e que realizaram seus partos nos hospitais em estudo, entre dezembro de 2011 a janeiro de 2016. Os critérios de exclusão foram os seguintes: mães com teste positivo para HIV; recém-nascido pré-termo

(<37semanas) ou gemelar ou com doenças congênitas ao nascimento ou que necessitassem de internação hospitalar.

A coleta de dados foi realizada a partir de aplicação de questionários com as participantes no Centro de Pesquisa Clínica do HCPA, sendo constituída de seis momentos, que ocorreram entre o primeiro mês e o sexto mês de vida da criança. No entanto, a apresentação dos resultados compreende as entrevistas realizadas no primeiro e no sexto mês. Sendo que o primeiro, aos trinta dias, referente aos maus-tratos ocorridos na gestação, e aos seis meses, referente aos maus-tratos ocorridos nos primeiros seis meses de vida da criança. Na primeira entrevista (PP), foram explicados os objetivos do estudo e entregue o TCLE. Após sua concordância e assinatura, foi aplicado um questionário em uma sala reserva, na qual a participante respondeu sozinha a todas as questões, as quais continham perguntas sobre as condições prévias da saúde da gestante, informações socioeconômicas e demográficas da família, clínicas e biológicas.

Na primeira entrevista (primeiro mês), foram preenchidos dois questionários autoaplicáveis: i) referente à Escala da Violência (AAS); e, ii) Escala de Estresse Percebido (PSS-14) (Apêndices A e B), os quais continham questões sobre crescimento, desenvolvimento e avaliação antropométrica.

Questionário de Violência (*Abuse Assessment Screen - AAS*)

As questões relativas à violência foram desenvolvidas pela equipe internacional do estudo multipaís da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica (WHO, 2013). No presente estudo foram considerados três tipos de violência: i) violência física – agressão física ou uso de objetos ou armas para produzir lesões; ii) violência psicológica – como comportamento ameaçador, humilhação e insultos; e, iii) violência sexual – relações sexuais impostas com uso de força ou ameaças físicas e imposição de atos considerados humilhantes. Essas violências tinham como agressor o parceiro íntimo, definido como o parceiro ou ex-parceiro com quem a mulher vivia ou costumava viver, independentemente de união formal, incluindo parceiros atuais com quem mantinham relações sexuais. A VPI foi considerada positiva se a mulher respondeu “sim” a, pelo menos, uma das questões que compõem cada tipo de violência (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000).

Escala de Estresse Percebido (PSS-14)

Para avaliar o estresse percebido da mãe, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale – PSS 14*), validada para o Brasil por Luft *et al.* (2007), composta por

14 itens sob a forma de perguntas, respondidas em escala do tipo Likert de 5 pontos (0 - Nunca a 4 - Sempre). A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero (sem estresse) a 56 (estresse extremo). Os 14 itens seguem a mesma proposta da versão original (COHEN *et al.*, 1983), divididos em sete negativos (1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14) e sete positivos (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13), sendo que este último fator tem sua pontuação invertida para o cômputo da pontuação geral.

A PSS-14 não se constitui como um instrumento de diagnóstico de estresse, ou de avaliação de estresse relacionado a qualquer outro contexto. A PSS-14 é uma medida genérica de níveis de estresse percebido, de maneira que não são avaliadas as fontes causadoras de estresse.

Formação dos grupos do estudo

Após aplicação dos questionários as respostas foram agrupadas em quatro grupos de ambientes intrauterinos adversos: i) Diabetes *mellitus* (DM) – mulheres puérperas com diagnóstico de DM tipo 1, tipo 2 ou gestacional. ii) Hipertensão (HAS) –puérperas com diagnóstico de HAS prévia ou gestacional. iii) Tabagismo (TAB) – puérperas que responderem à questão de fumo na gestação afirmativamente. iv) Recém-nascidos Pequenos para Idade Gestacional (PIG) – crianças nascidas a termo que estiveram abaixo do percentil 5, segundo os parâmetros da curva de Alexander (ALEXANDER *et al.*, 1996). E o grupo Controle (CTL) – puérperas que não apresentaram as condições anteriores. Ainda, os grupos foram subdividida em dois: i) Grupo de ambientes intrauterinos adversos (diabéticas, hipertensas, tabagistas e os recém-nascidos PIGs); e, ii) Grupo controle – puérperas controles, as quais não possuíam nenhum histórico de doenças.

Análise estatística

Foram considerados (n=224) questionários válidos de violência (AAS) e estresse percebido (PSS-14) com (n=01) questionário de perda. Para a análise da violência, foram consideradas respostas positivas para violência (n=94) e negativas (n=130). As características demográficas foram comparadas entre os desfechos de ter sofrido violência (sim ou não) pelos testes de proporção de qui-quadrado (idade da mãe, situação conjugal, grupo a que pertence originalmente (DM, HAS, TAB e PIG)) ou pelo Teste t para amostras independentes para comparar as médias das variáveis quantitativas (idade, anos de escolaridade, estresse e o número de consultas pré-natal). Os tipos de violência (física, psicológica e sexual) foram

comparados com os escores de estresse percebido (PSS-14) em cada um dos grupos ambientes intrauterinos. Após, juntou-se os grupos inadequados e comparou-se com as distribuições do grupo controle. Essas análises foram realizadas pelo teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%. As análises foram realizadas no software SPSS versão 25.0.

Resultados

Caracterização da amostra do estudo

A população do estudo estava na faixa etária dos 27 anos e caracteriza-se como mulheres sem companheiro (Tabela 1). O número médio de consultas de pré-natal foi de oito atendimentos e as mulheres possuíam nove ou mais anos de escolaridade. As mulheres que sofreram violência pertenciam ao grupo controle (37,2%) seguido do grupo tabaco (26,6%). A escala de estresse percebido (PSS-14) apresentou resultado semelhante na amostra geral, com média de 30,2 (4,1 d.p.) para o grupo com violência e 30,7 (5,4 d.p.) para o grupo sem violência.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e perinatais maternas entre as mulheres que referiram pelo menos um episódio de violência

Variáveis	Categorias	Violência		P1
		Não (n=131)	Sim (n=94)	
		média (d.p.)	média (d.p.)	
Idade (mãe)		27,0 (6,6)	27,6 (7,0)	0,516
Escolaridade		9,7 (2,4)	9,1 (2,9)	0,132
Estresse (soma PSS 14)		30,2 (4,1)*	30,7 (5,4)	0,428
Nº consultas pré-natal		8,4 (3,1)*	8,1 (3,0)	0,555
Variáveis	Categorias	n (%)	n (%)	P2
Idade (categorizada)	18 - 30 anos	82 (62,6)	49 (52,1)	0,273
	<18 anos	9 (6,9)	7 (7,4)	
	>=30 anos	40 (30,5)	38 (40,4)	
Situação Conjugal	com Companheiro	22 (16,8)	19 (20,2)	0,631
	sem companheiro	109 (83,2)	75 (79,8)	
Grupo a que pertence originalmente	DM	27 (20,6)	16 (17)	0,071
	HAS	15 (11,5)	9 (9,6)	
	TAB	15 (11,5)	25 (26,6)	
	PIG	14 (10,7)	9 (9,6)	
	CTL	60 (45,8)	35 (37,2)	

Legenda: 1 - Teste t para amostras independentes; 2 - Teste de Qui-Quadrado. DM: diabetes *mellitus*; HAS: hipertensão; TAB: tabagismo; PIG: recém-nascido - pequeno para idade gestacional; CTL: controle. *1 missing

Analisou-se a interação entre o ambiente intrauterino pregresso e o nível de estresse conforme os tipos de violência em estudo (Tabela 2). Nota-se que não houve essas interações nos diversos grupos, contudo, na amostra total a distribuição de estresse percebido obteve diferença significativa entre violência psicológica e a violência sexual e aumento de estresse aferido ($P=0,042$ e $P=0,044$, respectivamente).

Tabela 2 – Interação entre os grupos de ambiente intrauterino inadequado e estresse percebido de acordo com o tipo de violência investigada

VIOLÊNCIA		AMOSTRA TOTAL			P	Diabetes <i>mellitus</i>			P	Hipertensão			P
		n	média (DP)	mediana [p25; p75]		n	média (DP)	mediana [p25; p75]		n	média (DP)	mediana [p25; p75]	
Psicológica	Não	173	30,10 (4,24)	30 [27; 33]	0,042	31	31,35 (4,22)	32 [29; 33]	0,076	19	29,32 (3,51)	30 [26; 32]	0,945
	Sim	51	31,78 (5,94)	32 [28; 35]		12	34,00 (4,82)	34 [31; 39]		5	28,80 (5,07)	30 [24; 33]	
Física	Não	153	30,46 (4,58)	31 [28; 34]	0,946	32	31,84 (3,91)	32 [30; 34]	0,537	18	28,67 (3,61)	30 [26; 31]	0,280
	Sim	71	30,52 (5,05)	31 [27; 34]		11	32,82 (6,08)	33 [27; 39]		6	30,83 (4,07)	31 [27; 34]	
Sexual	Não	215	30,38 (4,74)	31 [28; 34]	0,044	42	32,07 (4,56)	32 [29; 34]	0,744	24	29,21 (3,76)	30 [26; 32]	-
	Sim	8	33,50 (3,30)	33 [32; 35]		1	33,00 (0,00)	33 [33; 33]		0	0,00 (0,00)	0 [0; 0]	
Geral	Não	130	30,27 (4,15)	31 [28; 33]	0,495	27	31,52 (3,86)	32 [29; 33]	0,251	15	29,27 (3,39)	31 [26; 32]	0,907
	Sim	94	30,78 (5,42)	31 [28; 34]		16	33,06 (5,42)	33 [30; 38]		9	29,11 (4,54)	29 [26; 33]	
		TABACO			P	PIG			P	CONTROLE			P
Psicológica	Não	25	29,56 (4,46)	30 [28; 32]	0,081	18	29,00 (5,21)	29 [27; 32]	0,446	80	30,21 (4,06)	30 [28; 34]	0,980
	Sim	14	32,93 (4,81)	34 [28; 37]		5	31,40 (4,56)	30 [28; 32]		15	30,07 (7,81)	29 [25; 35]	
Física	Não	19	31,21 (3,52)	31 [28; 34]	0,749	17	30,00 (5,63)	31 [27; 34]	0,392	67	30,19 (4,95)	30 [28; 34]	0,954
	Sim	20	30,35 (5,85)	31 [28; 35]		6	28,17 (2,99)	28 [28; 30]		28	30,18 (4,46)	31 [28; 33]	
Sexual	Não	35	30,46 (4,75)	30 [28; 34]	0,109	23	29,52 (5,08)	30 [27; 32]	-	91	30,10 (4,85)	30 [27; 34]	0,308
	Sim	3	35,33 (4,51)	35 [31; 40]		0	0,00 (0,00)	0 [0; 0]		4	32,25 (2,50)	33 [31; 34]	
Geral	Não	14	30,79 (2,89)	31 [29; 32]	0,897	14	29,36 (5,64)	31 [27; 34]	>0,999	60	30,05 (4,26)	30 [28; 34]	0,620
	Sim	25	30,76 (5,67)	31 [28; 35]		9	29,78 (4,38)	28 [28; 32]		35	30,43 (5,63)	31 [28; 34]	

Desfecho = Escore de Estresse (Questionários PSS) Teste de Mann-Whitney. PIG: recém-nascido - pequeno para idade gestacional.

Tabela 3 – Interação entre com os grupos de ambiente intrauterino inadequado e estresse percebido de acordo com os tipos de violência, considerando os grupos de gestantes com ambiente intrauterino inadequado

VIOLÊNCIA		AMBIENTE INTRAUTERINO INADEQUADO ¹			P	CONTROLES ²			P
		n	média (DP)	mediana [p25; p75]		n	média (DP)	mediana [p25; p75]	
Psicológica	Não	93	30,00 (4,41)	31 [27; 32]	0,015	80	30,21 (4,06)	30 [28; 34]	0,98
	Sim	36	32,50 (4,92)	33 [39; 36]		15	30,07 (7,81)	29 [25; 35]	
Física	Não	86	30,67 (4,28)	31 [28; 33]	0,996	67	30,19 (4,95)	30 [28; 34]	0,954
	Sim	43	30,74 (5,43)	31 [27; 35]		28	30,18 (4,46)	31 [28; 33]	
Sexual	Não	124	30,59 (4,66)	31 [28; 34]	0,071	91	30,10 (4,85)	30 [27; 34]	0,308
	Sim	4	34,75 (3,86)	34 [32; 38]		4	32,25 (2,50)	33 [31; 34]	
Geral	Não	70	30,46 (4,06)	31 [28; 33]	0,642	60	30,05 (4,26)	30 [28; 34]	0,62
	Sim	59	30,98 (5,33)	31 [28; 35]		35	30,43 (5,63)	31 [28; 34]	

Desfecho = Escore de Estresse (Questionários PSS) Teste de Mann-Whitney; Ambiente intrauterino inadequado¹= Grupos Tabaco, Diabetes, Hipertensão e Restrição de Crescimento Intrauterino- Controles²: Grupo Controle.

Na Tabela 3, nota-se que o tipo de violência psicológica foi o mais estressante no grupo de gestantes com ambiente intrauterino inadequado. Nas gestantes controle não houve uma associação significativa entre ter violência e estresse.

Discussão

A partir da comparação entre diferentes tipos de violência contra a mulher e diferentes ambientes intrauterinos, os resultados deste estudo evidenciaram que a violência psicológica e a sexual foram mais comuns que a violência física e em mulheres com baixa escolaridade e vivendo em situação de menor renda, corroborando com outros estudos (LUDERMIR *et al.*, 2008; ROSA *et al.*, 2008; LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014). De fato, a frequência de VPI encontrada pode refletir as características do território de estudo. Retratando que as frequências da violência dependem, além de outros fatores, das condições socioeconômicas das mulheres e dos seus parceiros e dos contextos socioculturais, nos quais a hierarquia de gênero é mais ou menos legitimada, o que contribui para o aumento ou diminuição dos relatos de violência (SILVA *et al.*, 2011).

A exposição à violência é uma característica comum de mulheres que vivem em países em desenvolvimento e está significativamente associada a problemas de saúde mental (RIBEIRO *et al.*, 2009; MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013). Uma possível explicação é o fato de que os países em desenvolvimento são sociedades conservadoras e patriarcais que reforçam a desigualdade de gênero (CEBALLO *et al.*, 2004). Mulheres vítimas de VPI são mais propensas a apresentarem sintomas de transtornos mentais (CEBALLO *et al.*, 2004). Além disso, em uma revisão sistemática, foi relatada uma associação moderada à forte entre VPI e depressão, sugerindo que mulheres vítimas de VPI possuem cerca de três vezes mais risco de desenvolverem sintomas de depressão (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

O estudo de Overstreet *et al.* (2015) examinou os efeitos exclusivos da VPI psicológica em uma ampla gama de comportamentos sexuais de risco relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) experiências distintas de trauma que vinculam a VPI psicológica ao comportamento de risco sexual. Os achados do estudo demonstram que a VPI psicológica estava associada a um maior comportamento de risco sexual em uma amostra de mulheres HIV negativas atualmente com VPI, e ainda sugere que os resultados para a VPI psicológica estão relacionados a maiores chances de se envolver em comportamentos sexuais de risco. Esses achados são consistentes com estudos anteriores que mostraram uma ligação

entre VPI psicológica e outros correlatos de risco de HIV, como uso de substâncias e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (COKER *et al.*, 2000; 2002a). É importante ressaltar que os achados do presente estudo sugerem que a VPI psicológica está associada, exclusivamente, ao comportamento de risco sexual quando comparada à VPI física e sexual, o que estende os achados na literatura que mostram associações entre vários tipos de vitimização por VPI e comportamento de risco sexual (MINER *et al.*, 2011).

É possível que, quando a VPI psicológica, física e sexual seja examinada simultaneamente, a VPI psicológica seja um forte preditor de risco sexual em relação a outras formas de VPI. Nesse contexto, estudos relataram que quanto mais grave a agressão, maior o impacto sobre a saúde mental das mulheres (ROSA *et al.*, 2008; MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013). Esses estudos se assemelham aos resultados que se encontrou, pois verificou-se que a maior incidência de transtornos mentais ocorreu em mulheres que relataram mais de uma forma de violência. Essa associação pode ser consequência de maior frequência de episódios de violência contra a mulher, bem como da natureza mais grave da violência, sendo mais comum nas situações em que ocorrem formas combinadas da violência (BEYDOUN *et al.*, 2012).

Pesquisas anteriores mostraram que várias formas de VPI, geralmente, coexistem no mesmo relacionamento (DLL KEG *et al.*, 2002; CARLSON; MCNUTT; CHOI, 2003; THOMPSON *et al.*, 2006), reafirmando os achados deste estudo, apresentando resultado significativo para a violência psicológica e a violência sexual. No entanto, alguns estudos sugerem que o abuso psicológico, incluindo o controle do comportamento, é muito mais frequente do que outras formas de VPI (THOMPSON *et al.*, 2006; MONTERO *et al.*, 2013) e que a maioria das mulheres expostas à VPI física também é exposta a alguma forma de abuso psicológico (PICO-ALFONSO *et al.*, 2006; RENNER *et al.*, 2014). Nesse sentido, um estudo na Suécia, mostrou que quatro em cada dez mulheres que relataram exposição ao ciúme do parceiro também relataram exposição à violência física e sexual (LUNDGREN *et al.*, 2001). Esses resultados corroboram em parte com os achados deste estudo, sendo que a violência sexual e a violência psicológica, na amostra total, indicaram que esses tipos de violência, quando relacionados com o estresse percebido, aumentam o risco de violência e podem indicar consequências adversas para a saúde da mulher.

Nesse sentido, em um estudo com 40 mil pessoas, em quatro coortes nos países nórdicos, foi possível observar a relação entre assédio moral, violência no trabalho e o risco de DM tipo 2 e. Os autores perceberam que as emoções negativas induzidas, como depressão e

ansiedade, podem contribuir para o risco aumentado de DM tipo 2, através da ativação prolongada do eixo hipotálamo-hipófise adrenal e do sistema nervoso simpático, ou por meio do sono prejudicado, por exemplo (XU *et al.*, 2018), reafirmando a presença de alguma condição crônica associada à VPI na amostra do referido estudo. Resultado semelhante ao encontrado na presente pesquisa, na qual o grupo de mulheres doentes estava relacionada à exposição da violência psicológica.

Nesse contexto, profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no sul do Brasil, evidenciaram a dificuldade do reconhecimento do agravo VPI, apesar do seu preparo para tal diagnóstico. Os profissionais de enfermagem se tornam sobrecarregados, pois integram equipes com poucas pessoas e ainda se responsabilizam pela gestão dos serviços (GOMES; ERDMANN, 2014). Ressalta-se que a atuação dos profissionais de saúde é o elemento-chave na detecção dos casos de violência e na promoção da saúde e do bem-estar das mulheres, ponto em que se insere o encaminhamento à rede de enfrentamento, essencial para a prevenção dos agravos decorrentes dessa vivência (ARBOIT *et al.*, 2017).

Diante do exposto, percebe-se que essa temática é emergente e necessária para o bem-estar, não só da mulher, mas, de toda a família que é exposta à violência doméstica, direta ou indiretamente. Ainda, esse é um campo fértil para novas explorações científicas, visto que precisa evoluir em termos de diagnósticos mais rápidos e atendimentos personalizados, o que em parte deriva de políticas públicas sincronizadas com a saúde pública. Além disso, os fatores psicossociais são, geralmente, estudados separadamente e permaneceram limitados no número de transtornos mentais abordados. Esta é uma questão de pesquisa importante porque, se uma conexão entre estresse psicológico materno / transtornos mentais e resultados específicos do desenvolvimento do recém-nascido for estabelecida, então ações preventivas na prática clínica e esforços de saúde pública podem ser tomadas para amenizar seus efeitos (FERRARO *et al.*, 2017).

Forças do estudo

A análise do estresse e sua associação com a violência da população feminina é um diferencial desse estudo. Assim como, as descobertas científicas que pautam a exposição da mulher à violência física e sexual por um parceiro íntimo, que trazem respostas negativas, como o desenvolvimento do estresse percebido para esta mulher, vista como uma preocupação global pelos autores e que merecem a devida atenção por órgãos governamentais.

Limitações

Apesar de não inferir negativamente na análise estatística, o baixo número de questionários na escala do estresse é um fator limitante dessa pesquisa, assim como a aplicação dessa metodologia em apenas um momento do estudo.

Considerações finais

Entender o fenômeno da violência e suas relações é dar visibilidade a mulheres que precisam ser protegidas, através de políticas públicas, de saúde, de educação e de assistência social, que ampliem as possibilidades de não dependência da violência. A pesquisa contribuiu para o trabalho do grupo, no sentido de dar luz à questão de gênero, percebendo a violência contra a mulher como fator de risco para estresse e outras doenças.

A violência psicológica e violência sexual foram mais comuns que a violência física, impactando no estresse que essas mulheres apresentaram, baixa escolaridade e vivendo em situação de menor renda e ainda da associação com alguma condição de estar no grupo de doente (DM, HAS, TABACO ou PIG).

Conclusão

A violência psicológica e a violência sexual quando associadas ao estresse percebido na amostra estudada, apresenta impacto na vida destas mulheres, retratando o quanto o ciclo da violência impacta na saúde física e mental, contudo percebeu-se que são escassas as pesquisas que abordam estresse, violência de gênero e doenças crônicas.

Referências

ALEJO, K. Long-term physical and mental health effects of domestic violence. **Themis: research journal of justice studies and forensic science**, v.2, p.82-98, 2014.

ALEXANDER G.R.; HIMES J.H.; KAUFMAN R.B.; MOR J.; KOGAN M. A United States national reference for fetal growth. **Obstetricia y ginecologia**, v.87, n.2, p.163-8, 1996.

ALHUSEN, J.E.; RAY, P.; SHARPS, L.; BULLOCK. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. **Journal of women's health**, v.24, p.100-107, 2015.

AMIR-UD-DIN, R.; FATIMA, S.; AZIZ, S. Is Attitudinal Acceptance of Violence a Risk Factor? An Analysis of Domestic Violence Against Women in Pakistan. **Journal of**

interpersonal violence. [Internet]. 2018. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260518787809>.

ARBOIT, J.; PADOIN, S.M. M.; VIEIRA, L.B.; PAULA, C.C.; COSTA, M.C.; CORTES, L.F. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [Internet], v.51, p.e03207, 2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&tlng=en.

BERNARDI JR, FERREIRA CF, NUNES M, *ET AL*. Impact of Perinatal Different Intrauterine Environments on Child Growth and Development in the First Six Months of Life-IVAPSA Birth Cohort: rationale, design, and methods. **BMC Pregnancy childbirth**, v.12, n.25, 2012. doi:10.1186/1471-2393-12-25, 2012.

BEYDOUN, H.A.; BEYDOUN, M.A.; KAUFMAN, J.S.; LO, B.; ZONDERMAN, A.B. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. **Social science and medicine**, v.75, n.6, p.959-75, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>.

BREIDING, M.J.; SMITH, S.G.; BASILE, K.C.; WALTERS, M.L.; CHEN, J.; MERRICK, M.T. **Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization-national intimate partner and sexual violence survey**. United States, 2011. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6308a1.htm>.

CARLSON, B. E.; MCNUTT, L. A.; CHOI, D. Y. Childhood and Adult Abuse among Women in Primary Health Care: Effects on Mental Health. **Journal of interpersonal violence**, v.18, n.8, p.924-941, 2003.

CEBALLO, R.; RAMIREZ, C.; CASTILLO, M.; CABALLERO, G. A.; LOZOFF, B. Domestic Violence and Women's Mental Health in Chile. **Psychology of women quarterly**, v.28, n.4, p.298-308, 2004.

CHA, S.S.W.; MASH. O. Discussions about intimate partner violence during prenatal care in the United States: the role of race/ethnicity and insurance status. **Maternal and child health journal**, v.18, p.1413-1422, 2014.

COKER, A.; DAVIS, K.; ARIAS, I.; DESAI, S.; SANDERSON, M.; BRANDT, H. *et al*. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. **American journal of preventive medicine**, v.24, n.4, p.260-268, 2002.

DELARA, M. Mental health consequences and risk factors of physical intimate partner violence Ment Health. **Family medicine**, v.12, p.119-125, 2016.

DLL KEG, MERCY J.; ZWI A.; ANTHONY B.; RAFAEL L. **The world report on violence and health**. Geneva: World Health Organization (WHO), 2002.

FARQUHAR, C.L.; SADLER,V.; MASSON, *et al.* Beyond the numbers: classifying contributory factors and potentially avoidable maternal deaths in New Zealand, 2006-2009. **American journal of obstetrics and gynecology**, v.205, p.331.e1-331.e8, 2011.

FERRARO, A.A., ROHDE, L.A., POLANCZYK, G.V. *et al.* The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. **BMC Pregnancy childbirth**, v.17, p.257, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1438-x>.

GARCIA, L.P.; SILVA, G.D.M. Intimate partner violence: treatment profile in urgent and emergency care services in Brazilian state capitals, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.4, p.e00062317, 2018. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000405004&lng=pt&tlng=pt.

GOMES, N.P.; ERDMANN, A.L. Conjugal violence in the perspective of “Family Health Strategy” professionals: a public health problem and the need to provide care for the women. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.22, n.1, p.76-84, 2014.

GRAHAM-BERMANN, S.A.L.E.; CASTOR, L.E.; MILLER, K.H. The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. **Journal of traumatic stress**, v.25, p.393-400, 2012.

HASSTEDT, K.A. ROWAN. Understanding intimate partner violence as a sexual and reproductive health and rights issue in the United States. **Gutmacher policy review**, v.19, p.37-45, 2016.

HILL, A.C.; PALLITTO, J.; MCCLEARY-SILLS, C.; GARCIA-MORENO. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v.133, p.269-276, 2016.

KINGSTON, D. M.; HEAMAN, M.; URQUIA *et al.* Correlates of abuse around the time of pregnancy: results from a National Survey of Canadian women. **Matern Child Health Journal**, v.20, p.778-789, 2016.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v.40, n.8, p.622-7, 2005. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0938-6>.

LUDERMIR, A.B.; SCHRAIBER, L.B.; D’OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; JANSEN, H.A. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social science & medicine**, v.66, n.4, p.1008-18, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>.

LUDERMIR, A.B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T.V.B. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. **Revista de saúde pública**, v.48, n.1, p.29-35, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004538>.

LUNDGREN, E.; HEIMER, G; WESTERSTRAND, J; KALLIOKOSKI, A. M. **Captured queen**. Men's violence against women in "equal" Sweden-a prevalence study. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer, 2001.

MEEKERS, D.; PALLIN, P.; HUTCHINSON, P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. **BMC Womens Health**, v.13, p.28, 2013. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-28>.

MINER S; FERRER L.; CIANELLI R.; BERNALES M.; CABIESES B.; Intimate Partner Violence and HIV Risk Behaviors Among Socially Disadvantaged Chilean Women. **Violence against women**, v.17, n.4, p.517-531, 2011. doi:10.1177/1077801211404189.

MONTERO, I.; MARTÍN-BAENA, D.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; RUIZ-PÉREZ, I.; VIVES-CASES, C.; TALAVERA, M. Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization. **Journal of women & aging**, v.25, n.4, p.358-371, 2013. doi: 10.1080/08952841.2013.838854.

OPAS. Organização pan-americana de saúde. **Folha informativa violência contra a mulher**, 2017.
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820

PALLADINO, C.V.; SINGH, J.; CAMPBELL, H.; FLYNN, K. G. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. **Obstetrics and gynecology**, v.118, p.1056-1063, 2011.

PICO-ALFONSO, M.A.; GARCIA-LINARES, M.I.; CELDA-NAVARRO, N.; BLASCO-ROS, C.; ECHEBURÚA, E.; MARTINEZ, M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. **Journal of women's health (Larchmt)**, v.15, n.5, p.599-611, 2006. doi:10.1089/jwh.2006.15.599.

REDDING, E.M.; CANTERO, M.T.R.; SÁEZ, J.F.; GARVI, M.G. Gender inequality and violence against women in Spain, 2006-2014: towards a civilized society. **Gaceta sanitaria**, v.31, n.2, p.82-8, 2017. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911116301923>.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Revista de saúde pública**, v.34, p.610-616, 2000.

RENNER, L. M.; HABIB, L.; STROMQUIST, A. M.; PEEK ASA, C. The association of intimate partner violence and depressive symptoms in a cohort of rural couples. **The Journal of rural health**, v.30, n.1, p.5058, 2014. doi:10.1111/jrh.12026 .

RIBEIRO ,W.S.; ANDREOLI, S.B.; FERRI, C.P.; PRINCE, M.; MARI, J.J. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Revista brasileira de psiquiatria**, v.31, Supl 2, p.S49-57, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>.

RODRIGUES, N.C.P.; O'DWYER, G.; ANDRADE, M.K.N.; FLYNN, M.B.; MONTEIRO, D.L.M.; LINO, V.T.S. The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. **Ciência e saúde coletiva**, v.22, n.9, p. 2873-80, 2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902873&lng=en&tlng=en.

ROSA, A.G.; BOING, A.F.; BÜCHELE, F.; OLIVEIRA, W.F.; COELHO, E.B.S. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saude social**, v.17, n.3, p.152-60, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300015>.

SCHRAIBER, L.B.; BARROS, C.R.S.; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.13, n.2, p.237-45, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200006>.

SCOTT, J. El gênero: una categoría útil para el análisis histórico. In: AMELANG, J.S.; NASH, M. (Orgs). **Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporanea**. Valencia: Alfons El Magnànim, 1990.

SILVA, E.P.; LUDERMIR, A.B.; ARAÚJO, T.V.B.; VALONGUEIRO, S.A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de saúde pública**. v.45, n.6, p.1044-53, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000074>.

THOMPSON R.S.; BONOMI A.E.; ANDERSON M. *et al.* Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. **American journal of preventive medicine**. v.30, n.6, p.447-457, 2006.

WATHEN, C.H.; MACMILLAN. Children's exposure to intimate partner violence: impacts and interventions. **International journal of pediatrics and child health**, v.18, p.419-422, 2013.

WHO. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013. WHO reference number: 978 92 4 1564625. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.

XU, T.; MAGNUSSON HANSON, L.L.; LANGE, T.; STARKOPF, L. WESTERLUND, H.; MADSEN, I.E.H.; RUGULIES, R.; PENTTI, J.; STENHOLM, S.; VAHTERA, J.; HANSEN, Å.M.; KIVIMÄKI, M.; ROD, N.H. Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis. **Diabetologia**, v.61, n.1, p.75-83, 2018. doi: 10.1007/s00125-017-4480-3.

6 CONCLUSÕES

A tese identificou a violência gestacional e pós-natal em mulheres acompanhadas em um estudo de Coorte e seus possíveis efeitos no lactente a partir de ambientes intrauterinos adversos, entendendo as limitações descritas no estudo. Foi possível verificar as características socioeconômicas das mulheres, com os instrumentos disponibilizados no estudo. Identificado a violência gestacional e pós-natal através de questionário de violência. Foi avaliado a partir de diferentes ambientes intrauterinos a relação da violência no desenvolvimento da criança, com resultados que sugerem desfecho negativo para a criança. E ainda avaliada a associação entre estresse materno percebido, violência e crescimento com impacto na criança.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese, ao avaliar o impacto da violência contra a mulher na gravidez e no pós-parto na saúde infantil em coorte de mulheres participantes do projeto IVAPSA, conduzida em hospitais públicos no sul do Brasil, trouxe duas importantes contribuições. Primeiro, os achados revelaram que a exposição à violência na gravidez apresentou um efeito indireto sobre o crescimento da prole, mediado por fatores relacionados à saúde materna.

Os fatores mediadores identificados neste estudo foram o ganho de peso gestacional, o consumo de álcool, diferentes ambientes intrauterinos e estresse na gestação e o número de consultas realizadas no pré-natal. Embora exista na literatura com pouca evidência da associação entre exposição à violência na gravidez e o crescimento do lactente, a maioria dos estudos não apresenta metodologias que permitam avaliar como essa associação poderia ser explicada na rede de causalidade. A modelagem de equações estruturais, utilizada nesta tese, possibilita testar relações causais entre a exposição e o desfecho, revelando alguns dos fatores mediadores envolvidos na associação. Compreender de forma mais ampla como a violência contra a mulher durante a gestação impacta no crescimento do lactente é uma lacuna existente na literatura e os achados desta tese contribuem para a defesa de se ampliar e qualificar o acesso a um cuidado integral à saúde da mulher durante os cuidados de pré-natal, incluindo a investigação da ocorrência de violência contra a mulher e atinge também a saúde das crianças que vivem em um ambiente violento. Além de apoiar a mulher a buscar mecanismos vigentes para se defender da violência praticada, os dados aqui mostrados indicam que a prevenção da

violência também poderá resultar em melhores desfechos obstétricos, mais especificamente, o crescimento dos recém-nascidos.

Em segundo lugar, foi possível identificar a associação entre violência contra a mulher e estresse percebido por esta mulher. Até o momento, esse é o primeiro estudo no Brasil realizado explorando essa associação. Os resultados revelaram que os danos ocasionados pela violência contra a mulher vão além do já sabido impacto para a saúde física da mulher e atinge também a saúde mental, quando inseridas no ciclo da violência. Esses dados são preliminares, e precisam ser confirmados em outros estudos. De toda forma, apontam a importância de se inserir na agenda dos cuidados de puericultura uma investigação mais ampla do ambiente familiar, incluindo a questão da violência contra a mulher e seus filhos.

O setor da saúde sempre se colocou em lugar de destaque no enfrentamento do problema da violência contra a mulher. O Ministério da Saúde incluiu, em 25 de janeiro de 2011, os casos de violência doméstica e sexual na Lista de Notificação Compulsória (LNC) de doenças e agravos e eventos de importância para a saúde pública em toda a rede de saúde. A obrigatoriedade estabelece que os profissionais de saúde devam notificar as Secretarias Municipais ou Estaduais sobre qualquer caso de violência doméstica ou sexual que atenderem ou identificarem e esses eventos serão registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Dentro desse novo contexto, a rede de saúde ganha uma importância ainda maior, pois é a porta de entrada da maioria da população aos cuidados de saúde e se torna o cenário propício para a identificação de casos de violência contra a mulher. Para tanto, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados e estejam aptos a detectar tais situações no cotidiano dos atendimentos, especialmente aqueles envolvidos nos cuidados de pré-natal e puericultura, períodos que possibilitam um contato mais prolongado da mulher e seu filho com os profissionais de saúde, o que aumenta a chance de identificação da situação de violência. Cabe salientar, dada a magnitude do problema, a importância da inclusão deste tema em diferentes esferas de capacitação aos serviços de saúde, desde a formação de agentes de saúde, nos cursos de graduação e em cursos de educação continuada e especializações.

A frequência da violência contra a mulher por si só já configura um quadro de preocupações e evidencia a necessidade de providências a serem tomadas. Aqui são destacados os danos ocasionados pela exposição à violência nos períodos da gravidez e do

pós-parto, com implicações importantes para as mulheres e, com possível repercussão no início da vida da criança. Diante da relevância do tema, a luta pela prevenção da violência contra a mulher precisa ser ampliada e qualificada nos cuidados de pré-natal e pós-parto, o que poderá ter consequências positivas na saúde da mulher, no ambiente intrauterino de um ser em desenvolvimento e, possivelmente, também na saúde das crianças para toda a vida.

Através de múltiplos esforços dos agentes que lutam com a violência, para que seja acatado o alvo primeiro da Lei 11.340/06 Maria da Penha, que consiste na prevenção e repressão da violência doméstica e familiar contra a mulher. Só a lei Maria da Penha, não conseguirá diminuir os índices de violência que temos presenciado, mas é uma grande conquista dos movimentos sociais e de mulheres, no objetivo de que a violência seja retirada do ambiente camuflado, visualizando sua forma.

Os dados aqui mostrados ampliaram a compreensão do impacto da violência contra a mulher para a saúde infantil. O tema é complexo, e mais estudos são necessários para confirmar, aprofundar e estender o entendimento das múltiplas e intrincadas relações envolvidas entre a exposição à violência e os danos causados a saúde.

REFERÊNCIAS

ALBERDI, I.; MATAS, N. **La violencia doméstica**: informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona (ES): Fundación "La Caixa", 2002.

ALTARAC, M.; STROBINO, D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. **Jama**, v.57, n.4, p.208-214, 2002.

ARTZ, S.; JACKSON, M.A.; ROSSITER, K.R.; NIJDAM-JONES, A.; GÉCZY, I.; PORTEOUS, S. A comprehensive review of the literature on the impact of exposure to intimate partner violence for children and youth. **International journal of child, youth & family studies**, v.5, n.4, p.493-587, 2014. <https://doi.org/10.18357/ijcysfs54201413274>.

AUDI, C.A.F.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; SANTIAGO, S.M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**, v.28, n.4, p.416-21, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.05.010>.

BACCHUS, L.J.; DEVRIES, K.M.; MAK, J.Y. *et al.* Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. **PLoS medicine**, v.10, p.e1001439, 2013.

BAIRD, K.; CREEDY, D.; MITCHELL, T. Intimate partner violence and pregnancy intentions: a qualitative study. **Journal of clinical nursing**, v.26, n.15-16, p.2399-2408, 2017. doi:10.1111/jocn.13394.

BARRETO, G.E.; YARKOV, A.; AVILA-RODRIGUEZ, M.; ALIEV, G.; ECHEVERRIA, V. Nicotine-derived compounds as therapeutic tools against post-traumatic stress disorder. **Current pharmaceutical design**, v.21, p.3589-3595, 2015.

BASILE, K.C.; HERTZ, M.F.; BACK, S.E. **Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2007.

BECKHAM, J.C.; CALHOUN, P.S.; DENNIS, M.F.; WILSON, S.M.; DEDERT, E.A. Predictors of lapse in first week of smoking abstinence in PTSD and non-PTSD smokers. **Nicotine & tobacco research**, v.15, p.1122-1129, 2013.

BELL, K.M.; NAUGLE, A.E. Intimate partner violence theoretical considerations: moving towards a contextual framework. **Clinical psychology review**, v.28, n.7, p.1096-107, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.003>.

BELLIS, M.A.; HUGHES, K.; FORD, K.; RAMOS RODRIGUEZ, G.; SETHI, D.; PASSMORE, J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet public health**, v.4, p.e517-28, 2019.

BELLIS, M.A.; HUGHES, K.; LECKENBY, N.; PERKINS, C.; LOWEY, H. **National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England**. Basingstoke, United Kingdom: BMC Medicine, 2014. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-12-72>.

BERNARDI, J.R.; FERREIRA, C.F.; NUNES, M. *et al.* Impact of Perinatal Different Intrauterine Environments on Child Growth and Development in the First Six Months of Life-IVAPSA Birth Cohort: rationale, design, and methods. **BMC pregnancy and childbirth**, v.12, n.25, 2012 Apr 2. doi:10.1186/1471-2393-12-25, 2012.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M.Z.; CHOU, D.; MOLLER, A-B.; NARWAL, R. *et al.* National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **The Lancet**, v.379, n.9832, p.2162-72, 2012.

BONOMI, A.E.; ANDERSON, M.L.; REID, R.J.; RIVARA, F.P.; CARRELL, D.; THOMPSON, R.S. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. **Archives of internal medicine**, v.169, p.1692-1697, 2009.

BOSCH, J.; WEAVER, T.L.; ARNOLD, L.D.; CLARK, E.M. The impact of intimate partner violence on women's physical health: Findings from the Missouri Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Journal of interpersonal violence**, v.32, p.3402-3419, 2017.

BOTT, S.; GUEDES, A.; GOODWIN, M.; MENDOZA, J.A. **Violence against women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Violence1.24-WEB-25-febrero-2014.pdf>.

BOTT, S.; GUEDES, A.; RUIZ-CELIS, A.P.; MENDOZA, J.A. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista panamericana de salud pública**, v.43, p.26, 2019. doi:10.26633/RPSP.2019.26.

BOY, A.; SALIHU, H.M. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. **International journal of fertility and women's medicine**, v.49, n.4, p.159-164, Jul-Aug 2004.

BRASIL. Casa Civil. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Lei nº 13.984, de 3 de abril de 2020. Lei Complementar nº 150. Brasília: Casa Civil, 2006/2020.

BRÜGGEMANN, A.J.; WIJMA, B.; SWAHNBERG, K. Abuse in health care: a concept analysis. **Scandinavian journal of caring sciences**, v.26, p.123-32, 2012.

CASIQUE, L.; FUREGATO, A.R.F. Violence against women: theoretical reflections. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.14, n.6, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600018>

CHAUÍ, M. Ética, política e violência. In CAMACHO, T. (ed.), **Ensaio sobre violência**. Vitória: Edufes. 2003. p. 39-59.

CHENG, D.; SALIMI, S.; TERPLAN, M.; CHISOLM, M.S. Intimate partner violence and maternal cigarette smoking before and during pregnancy. **Obstetrics and gynecology**, v.125, p.356-362, 2015.

CHUNG, E.K.; NURMOHAMED, L.; MATHEW, L.; ELO, I.T.; COYNE, J.C.; CULHANE, J.F. Risky health behaviors among mothers-to-be: The impact of adverse childhood experiences. **Academic pediatrics**, v.10, p.245-251, 2010.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, v.24, n.4, p.385-96, 1983.

CRANE, C.A.; HAWES, S.W.; WEINBERGER, A.H. Intimate partner violence victimization and cigarette smoking: A meta-analytic review. **Trauma, violence & abuse**, v.14, p.305-315, 2013.

DEVRIES, K.A.M.; KISHOR, S.; JOHNSON, H.; STÖCKL, H.; BACCHUS, L. J.; GARCIA-MORENO, C.; WATTS, C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reproductive health matters**, v.18, n.36, p.158-170, 2010.

DEVRIES, K.M.; MAK, J.Y.; GARCIA-MORENO, C. *et al.* Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. **Science**, v.340, p.1527-28, 2013.

DONOVAN, B.M.; SPRACKLEN, C.N.; SCHWEIZER, M.L.; RYCKMAN, K.K.; SAFTLAS, A.F. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and metaanalysis. **British journal of obstetrics and gynaecology**, v.123, p.1289-99, 2016.

ELLSBERG, M.; JANSEN, H.A.; HEISE, L. *et al.* Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **The Lancet**, v.371, p. 1165-72, 2008.

FONSECA, R.M.G.S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.5, n.1, p.5-13, 1997.

FONT, S.A.; MAGUIRE-JACK, K. Pathways from childhood abuse and other adversities to adult health risks: the role of adult socioeconomic conditions. **Child abuse & neglect**, v.51, p.390-9, 2016.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS, C.H. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v.368, n.9543, p. 1260-9, 2006.

GARCÍA-MORENO, C.; PALLITTO, C.; DEVRIES, K.; STÖCKL, H.; WATTS, C.; ABRAHAMS, N. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013.

GAZMARARIAN, J.A.; LAZORICK, S.; SPITZ, A.M.; BALLARD, T.J.; SALTZMAN, L.E.; MARKS, J.S. Prevalence of violence against pregnant women. **JAMA**, v.275, p.1915-1920, 1996.

GILBERT, L.K.; BREIDING, M.J.; MERRICK, M.T. *et al.* Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. **American journal of preventive medicine**, v.48, p.345-9, 2015. doi:10.1016/j.amepre.2014.09.006.

GUEDES, A.; BOTT, S.; GARCIA-MORENO, C.; COLOMBINI, M. Bridging the gaps: A global review of intersections of violence against women and violence against children. **Global Health Action**, v.9, p.31516, 2016. doi: 10.3402/gha.v9.31516. eCollection 2016.

GUIMARÃES, L.S.P.; HIRAKATA, V.N. Use of the generalized estimating equation model in longitudinal data analysis. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, v.32, n.4, p.503-511, 2012. <http://hdl.handle.net/10183/158366>.

GUIMARAES, M.C.; PEDROZA, R.L.S. violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia social**, Belo Horizonte, v.27, n.2, p.256-266, 2015.

HAN, A.; STEWART, D.E. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. **International journal of gynecology and obstetrics**, v.124, n.1, p.6-11, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.037>.

HARVILLE, E.W.; BOYNTON-JARRETT, R.; POWER, C.; HYPONEN, E. Childhood hardship, maternal smoking, and birth outcomes: A prospective cohort study. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v.164, p.533-539, 2010.

HELLMUTH, J.C.; GORDON, K.C.; STUART, G.L.; MOORE, T.M. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. **Archives of women's mental health**, v.16, n.1, p.19-27, 2013. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0309-8>.

HHS. U.S. Department of Health and Human Services. **The health consequences of smoking: 50 years of progress**. A report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 2014.

HOANG, T.N.; VAN, T.N.; GAMMELTOFT, T.; MEYROWITSCH, D.W.; THUY, H.N.T.; RASCH, V. Association between intimate partner violence during pregnancy and adverse pregnancy outcomes in Vietnam: a prospective cohort study. **PLoS one**, v.11, n.9, p.e0162844. 2016. <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000032630.50593.93>.

HUGHES, K.; BELLIS, M.A.; HARDCASTLE, K.A. *et al.* The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet. Public health**, v.2, p.356-66, 2017. 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.

INMUJERES. Instituto Nacional de las Mujeres. **Inmujeres 2003: Ley del instituto nacional de las mujeres: poder ejecutivo: secretaria de gobernación.** http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100199.pdf.

IPD. Instituto de Pesquisa Datasenado. Observatório da Mulher contra a Violência. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: Pesquisa DataSenado** [Report with reanalyzed IPV estimates including confidence intervals]. Brasília: IPD, 2018.

JAMES, L.; BRODY, D.; HAMILTON, Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. **Violence and victims**, v.28, n.3, p.359-80, 2013. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034.

JASINSKI, J.L. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. **Trauma, violence & abuse**, v.5, n.1, p.47-64, 2004.

JENSEN, K.P.; SOFUOGLU, M. Stress response genes and the severity of nicotine withdrawal. **Pharmacogenomics**, v.17, p.1-3, 2016.

JUN, H.J.; RICH-EDWARDS, J.W.; BOYNTON-JARRETT, R. AUSTIN, S.B.; FRAZIER, A.L.; WRIGHT, R.J. Child abuse and smoking among young women: The importance of severity, accumulation, and timing. **Journal of adolescent health**, v.43, p.55-63, 2008.

LEE, A.C.; KATZ, J.; BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KOZUKI, N.; VOGEL, J.P. *et al.* National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. **The Lancet. Global health**, v.1, n.1, p.e26-36, 2013.

LIANG, K.-Y.; ZEGER, S.L. Longitudinal data analysis using generalized linear models. **Biometrika**, v.73, n.1, p.13-22, 1986.

LOGRIP, M.L.; ZORRILLA, E.P.; KOOB, G.F. Stress modulation of drug self-administration: Implications for addiction comorbidity with post-traumatic stress disorder. **Neuropharmacology**, v.62, p.552-564, 2012.

LOXTON, D.; SCHOFIELD, M.; HUSSAIN, R.; MISHRA, G. History of domestic violence and physical health in midlife. **Violence against women**, v.12, p.715-731, 2006.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G.; VALONGUEIRO, S.A.; ARAÚJO, T.V.B.; ARAYA, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **The Lancet**, v.376, n.9744, p.903-10, 2010. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60887-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60887-2).

LUFT, C.D.B.; SANCHES, S.O.; MAZO, G.Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. **Revista de saúde pública**, v.41, p.606-615, 2007. doi:10.1590/S0034-89102007000400015.

MARGRET, O.; TOMASDOTTIR, H.K. BJORNSDOTTIR, A.; GETZ, L.; STEINGRIMSDOTTIR, T.; OLAFSDOTTIR, O.A.; SIGURDSSON, J.A. History of violence and subjective health of mother and child: From The Childbirth and Health Cohort Study in Primary Care Iceland. **Scandinavian journal of primary health care**, v.34, n.4, p. 394-400, 2016. doi: 10.1080/02813432.2016.12490.

MARTIN, S.L.; HARRIS-BRITT, A.; LI, Y.; MORACCO, K.E.; KUPPER, L.L.; CAMPBELL, J.C. Changes in intimate partner violence during pregnancy. **Journal of family violence**, v.19, n.4, p.201-10, 2004.

MASON, S.M.; WRIGHT, R.J.; HIBERT, E.N.; SPIEGELMAN, D.; JUN, H.J.; HU, F.B.; RICH-EDWARDS, J.W. Intimate partner violence and incidence of type 2 diabetes in women. **Diabetes Care**, v.36, p.1159-1165, 2013.

MCMAHON, S.; HUANG, C.C.; BOXER, P.; POSTMUS, J.L. The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one-year post-partum. **Children and youth services review**, v.33, n.11, p.2103-11, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.06.001>.

METZLER, M.; MERRICK, M.T.; KLEVENS, J.; PORTS, K.A.; FORD, D.C. Adverse childhood experiences and life opportunities: shifting the narrative. **Children and youth services review**, v.72, p.141-9, 2017. doi: 10.1016/j.chilyouth.2016.10.021.

MINAYO, S.M.C; SOUZA, R.E. **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2003.

MORAES, C.L.; OLIVEIRA, A.S.D.; REICHENHEIM, M.E.; LOBATO, G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. **Public health nutrition**, v.14, n.12, p.2148-55, 2011. <https://doi.org/10.1017/S1368980011000802>.

MOSIUR, R.; KRISHNA, C. P.; JUNKO, Y.; KEIKO, O.; KAYOKO, Y.; MASAMINE, J. Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and the Risk of Undernutrition Among Children Younger Than 5 Years in Bangladesh. **American journal of public health**, July 2012.

NUNES, M.A.A.; CAMEY, S.; FERRI, C.P.; MANZOLLI, P.; MANENTI, C.N.; SCHMIDT, M.I. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **American journal of public health**, v.21, n.1, p.92-7, 2011.

O'NEIL, A.; SCOVILLE, A.J. Intimate Partner Violence perpetration and cardiovascular risk: A systematic review. **Preventive medicine reports**, v.10, p.15-19, 2018.

OMS. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Washington: OMS, 2002.

OPAS. Pan American Health Organization/World Health Organization. **Violence against women in the Americas**. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization, 1998.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Lifetime Spousal Violence Victimization and Perpetration, Physical Illness, and Health Risk Behaviours among Women in India. **International journal of environmental research and public health**, v.15, n.12, p.2737, 2018. doi:10.3390/ijerph15122737.

RAATIKAINEN, K.; HUURINAINEN, P.; HEINONEN, S. Smoking in early gestation or through pregnancy: A decision crucial to pregnancy outcome. **Preventive medicine**, v.44, p.59-63, 2007.

RABIN, R.F.; JENNINGS, J.M.; CAMPBELL, J.C.; BAIR-MERRITT, M.H. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. **American journal of preventive medicine**, v.36, n.5, p.439-45.e4, 2009. doi: 10.1016/j.amepre.2009.01.024.

REICHENHEIM, M.; MORAES, C.; HASSELMANN, M. Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the screening of violence against pregnant women. **Revista de saúde pública**, v.34, n.6, p.610-616, 2000.

REINGLE GONZALEZ, J.M.; JETELINA, K.K.; OLAGUE, S.; WONDRACK, J.G. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. **Preventive medicine**, v.114, p.168-179, 2018.

RIBEIRO, M.R.C.; SILVA, A.A.M.; ALVES, M.T.S.S.B.; BATISTA, R.F.L.; ROCHA, L.M.L.N.; SCHRAIBER, L.B. *et al.* Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC pregnancy and childbirth**, v.14, p.66, 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-66>.

ROBERTSON, J.; PUCKERING, C.; PARKINSON, K.; CORLETT, L.; WRIGHT, C. Mother-child feeding interactions in children with and without weight faltering; nested case control study. **Appetite**, v.56, n.3, p.753-759 2011.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; DEL RÍO-LOZANO, M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. **European journal of public health**, v.17, p.437-443, 2007.

SALAZAR-POUSADA, D.; AUSTINILLO, C.; GONZAGA, M.; HIDALGO, L.; PERÉZLOPES, F.; CHEDRAUI, P. Intimate partner violence and psychoemotional disturbance among pregnant women admitted to hospital with prenatal complications. **International journal of gynecology and obstetrics**, v.118, n.3, p.194-197, 2012.

SILVA, J.M.M.; LIMA, M.C.; LUDERMIR, A.B. Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. **Revista de saúde pública**, v.51, n.34, 2017.

SCHEI, B.; LUKASSE, M.; RYDING, E.L.; CAMPBELL, J.; KARRO, H.; KRISTJANSDOTTIR, H. *et al.* A history of abuse and operative delivery--results from a European multicountry cohort study. **PLoS one**, v.9, n.1, p.e87579, 2014.

SHABNAM, S. Sexually Transmitted Infections and Spousal Violence: The Experience of Married Women in India. **Indian journal of gender studies**, 2017.

SHAMU, S.; ABRAHAMS, N.; TEMMERMAN, M.; MUSEKIWA, A.; ZAROWSKY, C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. **PLoS one**, v.6, n.3, p.e17591, 2011. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017591>.

SHONKOFF, J.P. Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. **JAMA pediatrics**, v.170, p.1003-7, 2016. doi. 10.1001/jamapediatrics.2016.1559.

SIGALLA, G.N.; MUSHI, D.; MEYROWITSCH, D.W.; MANONGI, R.; ROGATHI, J.J.; GAMMELTOFT, T. *et al.* Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: a prospective cohort study. **PLoS one**, v.12, n.2, p.e0172540, 2017.

SPIWAK, R.; AFIFI, T.O.; HALLI, S.; GARCIA-MORENO, C.; SAREEN, J. The relationship between physical intimate partner violence and sexually transmitted infection among women in India and the United States. **Journal of interpersonal violence**, v.28, p.2770-2791, 2013.

STENE, L.E.; JACOBSEN, G.W.; DYB, G.; TVERDAL, A.; SCHEI, B. Intimate partner violence and cardiovascular risk in women: A population-based cohort study. **Journal of women's health**, v.22, p.250-258, 2013.

STEVENS, G.A.; FINUCANE, M.M.; PACIOREK, C.J.; FLAXMAN, S.R.; WHITE, R.A.; DONNER, A.J. *et al.* Nutrition Impact Model Study Group (Child Growth). Trends in mild, moderate, and severe stunting and underweight, and progress towards MDG 1 in 141 developing countries: a systematic analysis of population representative data. **The Lancet**, v.1,380, n.9844, p.824-34, 2012. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60647-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60647-3).

TAILLIEU, T.L.; BROWNRIDGE, D.A. Violence against pregnant women: prevalence. patterns. Risk factors. theories. and directions for future research. **Aggression and violent behavior**, v.15, n.1, p.14-35, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.07.013>.

TOMASDOTTIR, M.O.; KRISTJANSDOTTIR, H.; BJORNSDOTTIR, A.; GETZ, L.; STEINGRIMSDOTTIR, T.; OLAFSDOTTIR, O.A. *et al.* History of violence and subjective health of mother and child. **Scandinavian journal of caring sciences**, v.34, n.4, p.394-400, 2016.

TONG, V.T.; DIETZ, P.M.; MORROW, B. *et al.* Trends in smoking before, during, and after pregnancy—pregnancy risk assessment monitoring system, United States, 40 sites, 2000–2010. **Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries**, v.62, p.1-19, 2013.

WADHWA, P.D.; ENTRINGER, S.; BUSS, C.; LU, M.C. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. **Clinics in perinatology**, v.38, n.3, p.351-384, 2011. doi: 10.1016/j.clp.2011.06.007.

WOODS, S.M.; MELVILLE, J.L.; GUO, Y. *et al.* Psychosocial stress during pregnancy. **American journal of obstetrics and gynecology**, v.202, p.61.e1-7, 2010.

WHO. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013. WHO reference number: 978 92 4 1564625. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.

WHO. World Health Organization. **multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: World Health Organization, 2005.

YAKUBOVICH, A.R.; STÖCKL, H.; MURRAY, J.; MELENDEZ-TORRES, G.J.; STEINERT, J.I.; GLAVIN, C.E.Y.; HUMPHREYS, D.K. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies. **A American journal of public health**, v.108, n.7, p.e1-e11, 2018. doi: 10.2105/AJPH.2018.304428.

ZAREEN, N.; MAJID, N.; NAQVI, S.; SABOOHI, S.; FATIMA, H. Effect of domestic violence on pregnancy outcome. **Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan**, v.19, n.5, p.291-6, 2009.

ZEGER, S.L.; LIANG, K.Y. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. **Biometrics**, v.42, n.1, p.121-30, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Seu filho(a) recém-nascido _____ e você _____ estão sendo convidados(as) a participar da pesquisa intitulada "Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida" que tem como objetivo principal compreender os efeitos a longo prazo de diferentes eventos ocorridos durante a gestação sobre o crescimento, o comportamento, o metabolismo e o neurodesenvolvimento infantil, assim como a identificação precoce de vulnerabilidade para efeitos deletérios destas variações. O tema escolhido justifica-se pelo número de estudos que têm demonstrado que problemas de saúde ocorridos durante a gestação podem influenciar na saúde do indivíduo.

Para alcançar os objetivos será realizada entrevista no pós-parto do alojamento conjunto e marcaremos 6 encontros com você e seu(a) filho(a), nos quais serão realizadas algumas medidas como peso, estatura, circunferência da cintura e medida das dobras cutâneas sua e do seu bebê, além da coleta de saliva. Serão realizados, também, questionários referentes à condição de saúde e nutrição, como: hábito alimentar, histórico de doenças, condições de moradia, depressão pós-parto, estresse, cuidado materno, entre outros. Todas as medidas citadas não oferecem riscos previsíveis. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Caso optar por não participar, você e seu filho(a) não serão prejudicados e, se for identificado algum problema, a partir destas medidas, sendo de seu interesse, encaminharemos para tratamento em um serviço público de saúde. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Eu, _____ fui informada:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- de que a minha participação e a do meu é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado ao meu filho (a);
- da segurança de que eu e meu (a) filho (a) não seremos identificados quando da divulgação dos resultados e as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.
- sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com qualquer integrante do NESCA – Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente pelo telefone (51) 3359 8515 ou no próprio local na Rua Ramiro Barcellos 2350, 11º andar, sala 1132.
- também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Nome da mãe ou responsável

Data ___/___/201__

Assinatura

Marcelo Zubarán Goldani

Nome do pesquisador responsável

Data ___/___/201__

Assinatura

APÊNDICE B

Questionário Primeira Entrevista

Nome do Hospital: _____	NUHOSPITAL _____
Data da entrevista: ___/___/___	GDE ___/___/___
Entrevistador(a): _____	ENTREV _____
A1) Nome da mãe: _____ Endereço: _____ _____ () casa () apartamento Referência / Como chegar: _____ Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço: _____ _____ Telefone fixo: () _____ Outros telefones para contato: () _____	
Unidade de Saúde (Pré-natal): _____ Linha de ônibus: _____ E-mail: _____	
DADOS PARA CONHECIMENTO DOS GRUPOS DE ESTUDO: (1) Diabetes (2) Hipertensão (3) Tabagismo (4) RCIU idiopático (5) Controle	
DADOS GERAIS DA MÃE	
A2) Qual é sua data de nascimento? ___/___/___	PNASC ___/___/___
A3) Cor ou raça da mãe? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	CORMAED _____ CORMAEO _____
A4) Cor ou raça do pai? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (8) NSA (9) IGN	CORPAID _____ CORPAIO _____
A5) Qual é a idade do pai da criança? _____ anos completos (777) Não sabe	PIDADE _____
A6) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo a mãe e criança? _____	PPESS _____
A7) Dessas, quantas pessoas são adultas? _____	PPSSA _____
A8) Quantos irmãos você tem ou teve? _____	PIRMA _____
A9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casada ou mora com companheiro (3) Viúva (2) Solteira, sem companheiro ou separada (4) Divorciada	PCONJU _____
A10) Qual a idade de sua menarca (primeira menstruação)? _____ anos	PMENAR _____
A11) Você já engravidou antes? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A38.</i> (0) Não (1) Sim	PFILHOS _____
<i>SE SIM:</i>	
A12) Número de filhos (incluir o atual)? _____ (88) NSA	PANFIL _____
A13) Número de gestações? _____ (88) NSA	PANGES _____
A14) Número de filhos que não nasceram (abortos)? _____ (88) NSA	PAABORT _____
A15) Algum filho é doente? (0) Não (1) Sim (88) NSA	PAND _____
A16) Se a resposta anterior for positiva, qual a doença? _____ (88) NSA	PANDQ _____
DADOS DO FILHO ANTERIOR:	
A17) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	FSEX1 _____
A18) Data de nascimento? ___/___/___ (88) NSA	FNASC1 ___/___/___
A19) Peso ao nascimento? _____ gramas (88) NSA	FAPN1 _____ g
A20) Comprimento ao nascimento? _____ cm (88) NSA	FACN1 _____ cm
A21) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____ (88) NSA	FAM1 _____ semanas

A22) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim	(88) NSA	FAM1 _____
A23) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses	(88) NSA	AMT1 _____
DADOS DO OUTRO FILHO:		
A24) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		FSEX2 _____
A25) Data de nascimento? ___ / ___ / ___	(88) NSA	FNASC2 ___ / ___ / ___
A26) Peso ao nascimento? _____ gramas	(88) NSA	FAPN2 _____ g
A27) Comprimento ao nascimento? _____ cm	(88) NSA	FACN2 _____ cm
A28) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____	(88) NSA	FAM2 _____ semanas
A29) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim	(88) NSA	FAM2 _____
A30) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses	(88) NSA	AMT2 _____
DADOS DO OUTRO FILHO:		
A31) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		FSEX3 _____
A32) Data de nascimento? ___ / ___ / ___	(88) NSA	FNASC3 ___ / ___ / ___
A33) Peso ao nascimento? _____ gramas	(88) NSA	FAPN3 _____ g
A34) Comprimento ao nascimento? _____ cm	(88) NSA	FACN3 _____ cm
A35) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____	(88) NSA	FAM3 _____ semanas
A36) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim	(88) NSA	FAM3 _____
A37) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses	(88) NSA	AMT3 _____
A38) Você tem religião? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A40. (0) Não (1) Sim		RELIG _____
SE SIM:		
A39) Qual é a sua religião? _____	(88) NSA	RELIGO _____
A40) Até que ano da escola você estudou? Série? _____ Grau? _____		PESCOL1 _____ PESCOL2 _____
A41) Você sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim		PLER _____
A42) Qual é a sua profissão? _____		PPROF _____
A43) Qual é a sua ocupação? _____		POCUP _____
A44) Você trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim		PCART _____
A45) Até que ano da escola o pai do(a) seu(sua) filho(a) estudou? Série? _____ Grau? _____ (77) Não sabe		PASCOL1 _____ PASCOL2 _____
A46) Qual é a profissão do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		PAPROF _____
A47) Qual é a ocupação do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		PAOCUP _____
A48) Ele trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim (2) Está afastado (7) Não sabe		PACART _____
A49) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria)		
Renda:	Benefícios:	
Pessoa 1: R\$ _____ por mês	Pessoa 1: R\$ _____ por mês	
Pessoa 2: R\$ _____ por mês	Pessoa 2: R\$ _____ por mês	
Pessoa 3: R\$ _____ por mês	Pessoa 3: R\$ _____ por mês	
Pessoa 4: R\$ _____ por mês	Pessoa 4: R\$ _____ por mês	
Pessoa 5: R\$ _____ por mês	Pessoa 5: R\$ _____ por mês	
TOTAL: _____ (77) Não sabe	TOTAL: _____ (77) Não sabe	
A50) Você recebeu indicação para tomar algum SUPLEMENTO de vitamina ou mineral durante a gestação? (exemplos: sulfato ferroso, ácido fólico) SE NÃO ou NÃO SABE PULE PARA QUESTÃO A57. (0) Não (1) Sim		RDRTOTAL _____ RDBTOTAL _____ SUPL _____
SE SIM: outro suplemento não		

<p>A66) Você teve infecção urinária na gestação? (0) Não (1) Sim</p> <p>A67) Você teve outras doenças na gestação? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A69.</i> (0) Não (1) Sim</p> <p><i>SE SIM:</i></p> <p>A68) Qual(is) doença(s)? _____ (88) NSA</p>	<p>MEDAM3 _____</p> <p>MEDAT3 _____</p> <p>GIU _____</p> <p>GDO _____</p> <p>GDOQ _____</p>
<p>A69) Você foi hospitalizada na gestação? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A72.</i> (0) Não (1) Sim</p>	<p>GHOSP _____</p>
<p><i>SE SIM:</i></p> <p>A70) Quantos dias? _____ (88) NSA</p> <p>A71) Por qual(is) motivo(s)? _____ (88) NSA</p> <p>A72) Como você recebeu e a notícia da sua gravidez?</p>	<p>GHOSPD _____ dias</p> <p>GHOSPM _____</p> <p>RECMAE _____</p>
<p>A73) Como o pai da criança recebeu a notícia da sua gravidez?</p> <p>A74) Sua gestação foi planejada? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A75.</i> (0) Não (1) Sim</p> <p><i>SE SIM:</i></p> <p>Intenção ou objetivo de engravidar: (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Cessaçao de método anticoncepcional: (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Concordância do parceiro: (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Momento adequado com relação a estilo/estágio de vida: (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>A75) Sua gestação foi por concepção assistida (artificial)? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A77.</i></p> <p><i>SE SIM:</i></p>	<p>RECPAI _____</p> <p>PLAN _____</p> <p>PLAN1 _____</p> <p>PLAN2 _____</p> <p>PLAN3 _____</p> <p>PLAN4 _____</p> <p>PCAS _____</p>
<p>A76) Qual foi o método? (0) Inseminação Intrauterina (1) Fertilização in vitro (8) NSA</p> <p>A77) Você já fumou ou fuma cigarros de tabaco? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A85.</i> (0) Não, nunca fumou (1) Sim, já fumou (2) Sim, fuma atualmente</p> <p><i>SE JÁ FUMOU OU FUMA:</i></p>	<p>PCASM _____</p> <p>TAB _____</p>
<p>A78) Por quanto tempo fumou ou fuma? _____ meses (88) NSA</p> <p>A79) Quantos cigarros você fumava ou fuma por dia? _____ cigarros (88) NSA</p> <p>A80) Se parou de fumar, quanto tempo antes de engravidar? _____ meses (88) NSA</p> <p>A81) Usa ou usou na gestação medicações específicas para parar de fumar? (0) Não (1) Sim</p> <p><i>E SIM:</i></p> <p>A82) Qual(is) tipo(s) de tratamento(s)? (0) Medicação via oral (1) Goma de mascar (2) Adesivo (3) Outro (8) NSA</p>	<p>TABT _____ meses</p> <p>TABQ _____ cigarros</p> <p>TABP _____ meses</p> <p>TABM _____</p> <p>TABMQ _____</p>
<p>A83) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA</p> <p><i>SE TEVE OUTROS FILHOS:</i></p>	<p>TABMI _____ semanas</p>

A84) Fumou na gestação anterior? (0) Não (1) Sim (88) NSA	TABGA _____
A85) Há alguém que fuma na sua casa (exceto a mãe)? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A87.	TABC _____
SE SIM:	
A86) Quantas pessoas em sua casa atualmente fumam (exceto a mãe)? Número de pessoas _____ (88) NSA	TABCP _____
A87) Sua mãe fumou na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	TABMG _____
DADOS DA ALIMENTAÇÃO DA MÃE	
A88) Você já recebeu alguma orientação de como se alimentar? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A91.	PORI _____
SE SIM:	
A89) Essa orientação ocorreu: (1) Antes de engravidar (2) Durante a gestação (3) opções 1 e 2 (8) NSA	PORIM _____
A90) De quem recebeu a orientação? _____ (8) NSA	PORIQ _____
DADOS GERAIS DA CRIANÇA	
A91) A criança já tem nome? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A93. (0) Não (1) Sim	CRNOME _____
SE SIM:	
A92) Qual o nome da criança? _____ (88) NSA	NOMECR _____
A93) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	CSEX _____
A94) Data de nascimento? ____/____/____	CRDN ____/____/____
A95) Número da Declaração de Nascimento Vivo (DN)? _____	NUDN _____
A96) Peso ao nascer? _____ gramas	PESOCR _____ g
A97) Comprimento ao nascer? _____ cm	COMPCR _____ cm
A98) Perímetro cefálico? _____ cm	PCCR _____ cm
A99) Apgar1? _____	APGAR1 _____
A100) Apgar5? _____	APGAR5 _____
A101) Tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Fórceps	CTPART _____
A102) Teve mecônio (prontuário)? (0) Não (1) Sim (6) Não tem no prontuário	MECO _____
A103) Hora que a criança nasceu? _____	HRNASC _____
A104) A criança mamou no primeiro dia de vida? (0) Não (1) Sim	MAMOD1 _____
SE NÃO MAMOU NO PEITO:	
A105) O que recebeu? (0) Solução glicosada via oral (1) Soro glicosado endovenoso (2) Fórmula 1º Semestre (3) Outro, qual? _____ (7) Não sabe (8) NSA	MAMO _____ MAMOQ _____
A106) Quantos minutos após nascer a criança mamou no peito pela primeira vez? _____ minutos (5555) mamou após 1º dia (8888) NSA	HRMAMO _____
A107) Peso de nascimento da mãe? _____ gramas (7777) Não sabe	PNM _____ g
A108) Qual era seu peso antes de engravidar? _____ kg (7777) Não sabe	PESOAG _____ kg

A109) Qual foi seu peso no final do 1º trimestre? _____ kg (7777) Não sabe	PESO1T _____ kg
A110) Qual foi seu peso no final do 2º trimestre? _____ kg (7777) Não sabe	PESO2T _____ kg
A111) Qual era o peso antes do parto? _____ kg (7777) Não sabe	PESOAP _____ kg
A112) Qual era a altura antes do parto? _____ cm (7777) Não sabe	ASLTAP _____ cm
A113) Data da última menstruação? ____/____/____ (66) Não tem na carteirinha	DUM ____/____/____
A114) Ecografias: peso e comprimento fetal aproximado (prontuário)	ECOP1 _____ g
1º Peso: _____ gramas 2º Peso: _____ 3º Peso: _____	ECOC1 _____ cm
1º Comprimento: _____ cm 2º Compr.: _____ cm 3º Compr.: _____ cm	ECOD1 ____/____/____
Data Eco 1º TRI: ____/____/____ Data Eco 2º TRI: ____/____/____ Data Eco 3º TRI: ____/____/____	ECOIG1 _____
1º IG: _____ 2º IG: _____ 3º IG: _____	ECOP2 _____ g
	ECOC2 _____ cm
	ECOD2 ____/____/____
	ECOIG2 _____
(8) NSA (8) NSA (8) NSA	ECOP3 _____ g
	ECOC3 _____ cm
	ECOD3 ____/____/____
	ECOIG3 _____
A115) Peso da placenta (prontuário)? _____ gramas (66) Não tem esse dado	PESOPL _____ g
A116) Data da primeira consulta do pré-natal? ____/____/____ IG: _____ (66) Não tem na carteirinha	PCPN ____/____/____
A117) Data da última consulta do pré-natal? ____/____/____ IG: _____ (66) Não tem na carteirinha	PCPNIG _____
A118) Número de consultas pré-natais? _____ (66) Não tem na carteirinha	UCPN ____/____/____
	UCPNIG _____
A119) Primeiro nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal? _____ mmHg x _____ mmHg (66) Não tem na carteirinha	NCPN _____
Data: ____/____/____ IG: _____	PPASP _____
	PPADPN _____
	DPPA ____/____/____
	IGPPA _____
A120) Último nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal? _____ mmHg x _____ mmHg (66) Não tem na carteirinha	UPASP _____
Data: ____/____/____ IG: _____	UPADPN _____
	DUPA ____/____/____
	IGUPA _____
EXAMES LABORATORIAIS DA MÃE	
A121) Últimos exames laboratoriais (prontuário e carteira da gestante)? Colocar 66 se não tem dado	
Tipo sanguíneo da mãe _____ Fator Rh _____	SABO _____
Hematócrito _____ % Hemoglobina _____ g/dl	FRH _____
Eritrócito _____ milhões/ul Leucócitos Totais _____	HEMT _____
Plaquetas _____ ul	HEMG _____
Tempo de Tromboplastina Parcial _____ s	ERIT _____
Tempo de Protrombina _____ s	LEUT _____
RNI _____	PLA _____
VDRL (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	TTP _____
HBSAg (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	TP _____
Toxoplasmose IgM (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	RNI _____
Toxoplasmose IgG (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	VDRL _____
Rubéola (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	VHB _____
Citomegalovirose (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	TOXOM _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do primeiro trimestre	TOXOG _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do segundo trimestre	RUB _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do terceiro trimestre	CMV _____

TTG 75g (jejum) _____ mg/dl	GLI1 _____
TTG (2h após) _____ mg/dl	GLI2 _____
Colesterol HDL _____ mg/dl	GLI3 _____
Colesterol LDL _____ mg/dl	TTG1 _____
Triglicerídeos _____ mg/dl	TTG2 _____
Colesterol Total _____ mg/dl	HDL _____
Aspartato-aminotransferase (TGO) _____ U/L	LDL _____
Transaminase glutâmica pirúvica (TGP) _____ U/L	TRIG _____
Bilirrubina Total _____ mg/dl	COLT _____
Ferritina _____ ng/ml	TGO _____
Ácido Fólico _____ ng/dl	TGP _____
T4 _____ mcg/100ml	BILIT _____
TSH _____ microUI/ml	FERR _____
Creatinina _____ mg/dl	ACFO _____
Uréia _____ mg/dl	T4 _____
Exame qualitativo de urina (0) Não realizou (1) Realizou	TSH _____
Urocultura (0) Negativa (1) Positivo	CREA _____
Parasitológico de fezes (0) Negativo (1) Positivo	UREIA _____
Citopatológico - Colo do Útero (0) Negativo (1) Positivo	EQU _____
Hemoglobina glicada _____	URO _____
	ECF _____
	CP _____
	HBG LIC _____
QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS – GRUPOS	
DOENÇA HIPERTENSIVA	
B1) Qual a classificação de sua hipertensão (prontuário)? (1) Pré-eclâmpsia (2) Hipertensão crônica (3) Eclâmpsia (4) Pré-eclâmpsia superposta à HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIP _____
SE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO CRÔNICA (HC): B2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	HIPDG _____ anos
SE POSSUI HIPERTENSÃO GESTACIONAL, PRÉ-ECLÂMPسيا OU ECLÂMPسيا B3) Com quantas semanas gestacionais a HAS foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	HIP _____ semanas
B4) Maior nível de PAS na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAS _____ PASD ____/____/____
B5) Maior nível de PAD na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAD _____ PADD ____/____/____
B6) Usou medicações específicas para a hipertensão na gestação? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B10.	HIPM _____
SE SIM:	
B7) Qual(is)? _____ (88) NSA	HIPMQ _____
B8) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMI _____ semanas
B9) Se parou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMP _____ semanas
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
B10) Teve hipertensão na gestação anterior? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B13. (0) Não (1) Sim (8) NSA	HIPAN _____

SE SIM:	
B11) Qual era a classificação de sua hipertensão? (1) Pré-eclâmpsia (2) Pré-eclâmpsia superposta à HC (3) Eclâmpsia (4) Hipertensão crônica-HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIPANO_____
B12) Qual(is) a(s) medicação(ões) que utilizava? _____ (88) NSA	HIPANM_____
B13) Possui histórico familiar de hipertensão? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B15.</i> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPHF_____
SE SIM:	
B14) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	HIPHFQ_____
B15) Sua mãe teve hipertensão na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPMM_____
DIABETES	
D1) Qual a classificação de sua diabetes (prontuário)? (1) DM1 (2) DM2 (3) Diabetes Gestacional (DMG)	DMCL_____
SE DIAGNÓSTICO DE DM1 ou DM2: D2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	DMD _____ anos
SE POSSUI DIABETES GESTACIONAL (DMG):	
D3) Com quantas semanas gestacionais a DMG foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	DMGDG_____
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
D4) Em gestações anteriores alguma vez você apresentou diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA	DMGANT_____
SE SIM:	
D5) Em quantas gestações? _____ (88) NSA	DMGANTQ_____
D6) A diabetes persistiu após o parto? (0) Não (1) Sim (8) NSA	DMGANTP_____
SE SIM:	
D7) A diabetes persistiu por quanto tempo? _____ meses (555) Nunca mais normalizou (888) NSA	DMGANTPT_____
D8) Que tipo de tratamento foi indicado para o diabetes nesta gestação? (0) nenhum tratamento (1) dieta (2) atividade física (3) insulina (4) hipoglicemiante oral (5) Outros: _____	DMTRAT_____
SE HIPOGLICEMIANTE OU INSULINA:	
D9) Qual(is) medicação(ões)? _____ (88) NSA	DMTRATO_____
D10) Dose(s) _____ (88) NSA	DMTRATD_____
D11) Você seguiu o tratamento recomendado? (0) Não (2) Às vezes (1) Sim, durante toda a gestação desde o momento do diagnóstico	DMTRATR_____
SE NÃO OU ÀS VEZES:	
D12) Por qual(is) motivo(s)? _____ (88) NSA	DMTRATRM_____
D13) Quantas vezes, nesta gestação, você foi internada para controle glicêmico? Número de vezes: _____	DMCGI_____
SE FOI INTERNADA:	

D14) Por quanto tempo? _____ (88) NSA	DMCGP ___ dias
D15) Durante a gestação você fazia controle da sua glicemia? (0) Não (1) Sim	DMCG _____
SE SIM:	
D16) Qual o método que utilizava no controle da sua glicemia? (1) Fita-teste (2) Exame Laboratorial (3) Ambas (8) NSA	DMCGM _____
D17) Com que frequência monitorava sua glicemia? _____ (88) NSA	DMCGMF ___ semana
D18) Você possui histórico familiar de diabetes? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	DMHF _____
SE SIM:	
D19) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	DMPAR _____

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

A118) De qual material a maioria das paredes de sua moradia é constituída? (0) Tijolo (1) Tábua (madeira) ou taipa (2) Concreto ou cimento (3) Outro Qual? _____	MATPAR _____
A119) De qual material a maioria do piso de sua moradia é constituído? (0) Cerâmica ou cimento (1) Tábua (madeira) (2) Terra ou barro (3) Carpete (4) Outro Qual? _____	MATPISO _____
A120) Na sua casa tem manchas de umidade na parede ou no teto? (0) Não (1) Sim	MOFO _____
A121) De onde vem a água usada na sua habitação? (0) Canalização interna (1) Ponto de água externo (2) Outro Qual? _____	AGUAHAB _____
A122) Na sua casa tem encanação para esgoto? (0) Não (1) Sim	ESGHAB _____
A123) Onde está situado o banheiro que é utilizado por você e pelas pessoas da sua casa? (0) Dentro de casa (1) Fora de casa	BANHAB _____
COLETA DE MATERIAIS	
A124) Conseguiu realizar a coleta de saliva da mãe? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	SALIVM _____
A125) Conseguiu realizar a coleta de leite? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	LEITEM _____
A126) Conseguiu realizar a coleta de saliva da criança? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	SALIVC _____

Critério de Classificação Econômica Brasil ABIPEME (ABEP, 2010)

Abaixo, marcar um X sobre o número de itens de cada eletrodoméstico existente na casa em que a gestante mora:

Posse de itens:

Itens	Não tem	Quantidade de itens			
		1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel (carro ou moto)	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer*	0	2	2	2	2

*Aparelho independente ou parte da geladeira duplex

Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	Pontos	
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/até 3ª série fundamental	0	Pontuação Mínima: 0
Primário completo/Ginasial incompleto	4ª série fundamental	1	
Ginasial completo/Colegial incompleto	Fundamental completo	2	
Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo	4	Pontuação Máxima: 46
Superior completo	Superior completo	8	

Grau de instrução do chefe da família:

APÊNDICE C
Questionário Primeiro Mês

"IVAPSA"

SEGUIMENTO	
Data da entrevista: ____/____/____	1GDE ____/____/____
Entrevistador (a): _____	1ENTREV ____
Nome mãe/ bebê: _____	
Endereço: _____ _____ () casa () apartamento	
Referência/Como chegar _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: () _____	
Outros telefones para contato: () _____	
Linhas de ônibus: _____	
E-mail: _____	
DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
E1) Idade do bebê em dias? _____	1IDADCR ____
E2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E5.</i> (0) Não (1) Sim	1CRECHE ____
<i>SE SIM:</i>	
E3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	1CRECHET ____
E4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	1CRECHEI ____
E5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	1QMCUID ____ 1QMCUIDQ ____
E6) Seu filho fez o teste do pezinho? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E9.</i> (0) Não (1) Sim	1TSTPE ____
<i>SE SIM:</i>	
E7) Ele teve que repetir o teste? (0) Não (1) Sim, Qual o motivo? _____ (8) NSA	1TSTPER ____ 1TSTPERM ____
E8) Resultados do Teste do Pezinho: Fenilcetonúria (1) Positivo (2) Negativo Anemia falciforme (1) Positivo (2) Negativo Hipotireoidismo (1) Positivo (2) Negativo (8) NSA Fibrose cística (1) Positivo (2) Negativo Outros _____ (1) Positivo (2) Negativo	1FENIL ____ 1ANEFAL ____ 1HIPOT ____ 1FIBRCIS ____ 1OUTRO ____ 1OUTROQ ____
E9) Seu filho tem ou teve alguma doença? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E11.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	1CDOEN ____
<i>SE SIM:</i>	
E10) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ _____ _____ (88) NSA	1CDOENQ ____
E11) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E14.</i> (0) Não (1) Sim	1QUEDA ____
<i>SE SIM:</i>	
E12) Qual (is) acidente (s)? _____ (88) NSA	1QUEDAAC ____
E13) Foi levado ao médico? (0) Não (1) Sim _____ (88) NSA	1QUEDAMD ____

E14) Seu filho recebeu algum medicamento desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E17.</i> (0) Não (1) Sim		1CMED ____
SE SIM:		
E15) Nome	E16) Motivo	1CMEDQ1 ____
Med 1 _____	Med 1 _____	1CMEDM1 ____
Med 2 _____	Med 2 _____	1CMEDQ2 ____
Med 3 _____	Med 3 _____	1CMEDM2 ____
Med 4 _____	Med 4 _____	1CMEDQ3 ____
Med 5 _____	Med 5 _____	1CMEDM3 ____
(88) NSA	(88) NSA	1CMEDQ4 ____
		1CMEDM4 ____
		1CMEDQ5 ____
		1CMEDM5 ____
E17) Seu filho foi internado desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E20.</i> (0) Não (1) Sim		1CINTER ____
SE SIM:		
E18) Vezes que foi internado? _____	(88) NSA	1CINTERV ____
E19) Motivo(s) da internação(ões)? _____	(88) NSA	1CINTERM ____
E20) Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E23.</i> (0) Não (1) Sim (2) Já usou		1CBICO ____
SE SIM ou JÁ USOU:		
E21) Quando iniciou o uso? _____ dias	(88) NSA	1CBICOI ____
E22) Tempo de uso? _____ dias	(88) NSA	1CBICOT ____
E23) Você tem o costume de ler, contar histórias para o seu filho? (0) Não (1) Sim		1LER ____
E24) Você faz a higiene bucal do seu filho? (0) Não (1) Sim		1HIGBC ____
E25) Você fuma atualmente? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E27.</i> (0) Não (1) Sim		1MFUMA ____
SE SIM:		
E26) Quantos cigarros por dia? _____	(88) NSA	1MFUMAQ ____
E27) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E29.</i> (0) Não (1) Sim		1FUMOCS ____
SE SIM:		
E28) Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente? _____	(88) NSA	1FUMOCSQ ____
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA		
E29) O seu bebê mama no peito? <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO E32.</i> (0) Não (1) Sim		1MAMAP ____
SE NÃO:		
E30) Por quê? _____	(88) NSA	1MAMAPN ____
E31) Quando parou de amamentar? _____ dias	(88) NSA	1QPAMA ____
E32) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim		1HCMAMA ____
E33) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo? _____ vezes Leite Materno _____ vezes Fórmula infantil _____ vezes Leite de vaca		1MAMAQD ____ v/d

E34) Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo? _____ vezes Leite Materno _____ vezes Fórmula infantil _____ vezes Leite de vaca	1MAMAQN ___ v/d
E35) O seu bebê recebe ou recebeu água pura? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E42. (0) Não (1) Sim	1AGUA ___
SE SIM:	
E36) Que tipo de água é utilizada? (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (5) Filtrada/ Fervida (6) Outro, qual? (88) NSA	1AGUAT ___
E37) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDAG ___
E38) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água? _____ (88) NSA	1AGUAVZ ___
E39) Qual o motivo da introdução? _____ (88) NSA	1AGUAM ___
E40) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPAG ___
E41) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar (88) NSA	1RECAG ___ 1RECAGE ___
E42) O seu bebê recebe ou recebeu chá? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E48. (0) Não (1) Sim	1CHA ___
SE SIM:	
E43) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDCH ___
E44) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá? _____ (88) NSA	1CHAVZ ___
E45) Qual o motivo da introdução? _____ (88) NSA	1CHAM ___
E46) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPCH ___
E47) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar (88) NSA	1RECCH ___ 1RECCHO ___
E48) O seu bebê recebe ou recebeu suco? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E55. (0) Não (1) Sim	1SUCO ___
SE SIM:	
E49) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDSC ___
E50) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco? _____ (88) NSA	1SUCOVZ ___
E51) Qual o tipo de suco oferecido? 1. Natural (0) Não (1) Sim 2. Concentrado – garrafa ou polpa (0) Não (1) Sim (88) NSA 3. Diluído – caixinha (0) Não (1) Sim 4. Artificial – pó/xarope (0) Não (1) Sim	1TSUCO1 ___ 1TSUCO2 ___ 1TSUCO3 ___ 1TSUCO4 ___
E52) Qual o motivo da introdução? _____ (88) NSA	1SUCOM ___
E53) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPSC ___
E54) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar (88) NSA	1RECSC ___ 1RECSCE ___
E55) O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E61. (0) Não (1) Sim	1REFR ___
SE SIM:	
E56) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDREF ___
E57) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante? _____ (88) NSA	1REFML ___
E58) Qual o motivo da introdução? _____ (88) NSA	1REFRM ___
E59) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1REFP ___
E60) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar (88) NSA	1QPREF ___
E61) O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?	

SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E73.		1LNM _____
(0) Não (1) Sim		
SE SIM:		
E62) Quando introduziu?	dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDLT _____
E63) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?	(88) NSA	1LEITEVZ _____
E64) Qual o motivo da introdução?	(88) NSA	1LEITEM _____
E65) Alguém recomendou?	(1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar (88) NSA	1RECLT _____ 1RECLTE _____
E66) Qual o tipo de leite oferecido?		1LEITE1 _____ 1LEITE2 _____ 1LEITE3 _____ 1LEITE4 _____ 1LEITE5 _____ 1LEITEQ _____
1. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Milupa, Aptamil.	(0) Não (1) Sim	
2. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê.	(0) Não (1) Sim	
3. Leite de vaca (caixinha ou saquinho).	(0) Não (1) Sim	
4. Leites especiais – Alfarrê, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk.	(0) Não (1) Sim	
5. Outro tipo de leite. Qual?	(8) NSA	
E67) Algum outro produto é adicionado ao leite?	(0) Não (1) Sim	1LTENG _____
SE SIM:		
E68) Quais produtos são utilizado para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?		1FARIN1 _____ 1FARIN2 _____ 1ACU3 _____ 1ACHO4 _____ 1OLEO5 _____ 1AGUA6 _____ 1OUTRO _____
1. Cereais não enriquecidos (aveia, amido de milho)	(0) Não (1) Sim	
2. Cereais enriquecidos (Mucilon, Arrozinha, Farinha Láctea)	(0) Não (1) Sim	
3. Açúcar	(0) Não (1) Sim	
4. Açoalado	(0) Não (1) Sim	
5. Óleo	(0) Não (1) Sim	
6. Água	(0) Não (1) Sim	
7. Outro tipo de produto. Qual?	(8) NSA	
E69) Qual o motivo da introdução?	(88) NSA	1FARINM _____
E70) Quando introduziu?	dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDLTG _____
E71) Alguém recomendou?	(1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar (3) o companheiro (7) Não sabe (8) NSA	1RECLTG _____ 1RECLTGE _____
E72) Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?	(1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar (7) Não sabe	1LTQMDA _____ 1LTQMDAE _____
E73) Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?	(0) Não (1) Sim	1MAMAD _____
E74) Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO E99.	(0) Não (1) Sim	1OALIM _____
SE SIM		
E75) Seu bebê tem horários certos para se alimentar?	(0) Não (1) Sim (88) NSA	1HORAC _____
E76) O que você faz se a criança recusa algumas refeições?	(1) oferece a mesma comida mais tarde (2) espera o horário da próxima refeição (3) substitui por leite materno (4) substitui por mamadeira (5) substitui por outro alimento/especificar (88) NSA	1RECUSA1 _____
E77) Como você oferece os alimentos para o bebê?		1ALPREP1 _____ 1ALPREP2 _____ 1ALPREP3 _____ 1ALPREP4 _____ 1ALPREP5 _____ 1ALPREP6 _____
1. Liquidificados	(0) Não (1) Sim	
2. Passados na peneira	(0) Não (1) Sim	
3. Raspados	(0) Não (1) Sim (88) NSA	
4. Amassados com o garfo	(0) Não (1) Sim	
5. Picados em pequenos pedaços	(0) Não (1) Sim	
6. Consistência da família	(0) Não (1) Sim	
E78) A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?	(1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA	1SAL _____

E79) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes? (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	1ALIBB ____ 1ALIBBE ____
E80) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio? (0) Não (1) Sim (88) NSA	1COMES ____
E81) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança? (0) Não (1) Sim (88) NSA	1INTERAG ____
E82) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer? (0) Não (1) Sim (88) NSA	1ESTIM ____
E83) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)? (0) Não (1) Sim (88) NSA	1FORCM ____
E84) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)? (0) Não (1) Sim (88) NSA	1RECMP ____
E85) A comida do bebê é preparada separadamente? (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	1COMSE ____
E86) A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar? (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	1COMHR ____
E87) Você aproveita o resto de leite (ou LM) ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê? (0) Não (1) Sim (88) NSA	1APRES ____
E88) Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência? (88) NSA (0) Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente	1ASOBR ____
E89) A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (88) NSA	1LAVMP ____
E90) A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe (88) NSA	1LAVMR ____
E91) Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele? <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO E88.</i> (0) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente (88) NSA	1DOENT ____
SE SIM:	
E92) Aumenta a frequência das mamadas? (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FREQM ____
E93) Aumenta a oferta de líquidos? (0) Não (1) Sim (8) NSA	1ALIQ ____
E94) Força a criança a comer? (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FCOMD
E95) Oferece os alimentos preferidos da criança? (0) Não (1) Sim (8) NSA	1PREFE ____
E96) Oferece os alimentos com maior frequência? (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FREQC ____
E97) Faz restrições alimentares? (0) Não (1) Sim (8) NSA	1RESTR ____
E98) O que muda? (outra, qual?) _____ (88) NSA	1DOENTM ____

DADOS GERAIS DA MÃE

E99) Depois que você foi para casa, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO E102.</i>	1ORAMUB _____
--	------------------

SE SIM:			
E100)	Que tipo (quais) orientação (ões)/ajuda?		1ORAMUST
SE NÃO:			
E101)	Você considera (acha) que precisava de ajuda? (0) Não (1) Sim, qual ou para quê?		10AUBAJ 10AUBAS
E102)	Está utilizando algum suplemento atualmente? (0) Não (1) Sim Qual? _____ vezes por dia: _____		1SUPL_____ 1SUPLPQ 1SUPLPD
E103)	Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO? (1) Não (1) Sim SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO E107.		1MED
SE SIM:			
E104) Nome	E105) Motivo	E106) Tempo do uso	1MEDAQ1
Med 1 _____	Med 1 _____	Med 1 _____	1MEDAM1
Med 2 _____	Med 2 _____	Med 2 _____	1MEDAT1
Med 3 _____	Med 3 _____	Med 3 _____	1MEDAQ2
Med 4 _____	Med 4 _____	Med 4 _____	1MEDAM2
Med 5 _____	Med 5 _____	Med 5 _____	1MEDAT2
(88) NSA		(em dias)	1MEDAQ3
			1MEDAM3
			1MEDAT3

O seu filho tomou leite materno até qual idade e quando introduziu os seguintes alimentos?

	Não	< 15 dias	15 dias	1º mês	2º mês
E107) Açúcar adicional (mamadeira, suco ou chá)					
E108) Achocolatado					
E109) Mel					
E110) Café					
E111) Funchicória					
E112) Fruta amassada					
E113) Papa salgada/ Sopa					
E114) Sopa industrializada					
E115) Verduras ou legumes					
E116) Leguminosas (ex. feijão, lentilha)					
E117) Comida da família					
E118) Carne (gado, frango, porco, peixe)					
E119) Miúdos (ex. fígado, moela)					
E120) Ovo					
E121) Embutidos (ex. presunto, salsicha, mortadela,					

salsichão, salame)					
E122) Bolacha recheada ou wafer					
E123) Bolacha doce (maria ou maisena)					
E124) Danoninho					
E126) Chocolate ou bombom					
E127) Bala ou pirulito					
E128) Salgadinho					
E129) Gelatina / Pudins/ sacolé artificial					
E130) Sorvete / Picolé/ sacolé de leite					
E131) Frituras (ex.batata frita, bolinho frito, aipim frito, frango á milanesa)					

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA					
E132) Peso da mãe + peso do bebê (1°) _____ Kg (2°) _____ Kg Média: _____ K g					1PESOMB _____ kg
E133) Peso da mãe (1ª) _____ Kg (2ª) _____ Kg Média: _____ Kg					1PESOM _____ kg
E134) Altura da mãe (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm					1ALTM _____ cm
E135) Peso do bebê (1º) _____ g (2º) _____ g Média: _____ g					1PESOCR _____ g
E136) Circunferência da cintura da mãe (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm					1CCM _____ cm
E137) Circunferência braquial da mãe? (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm					1CBM _____ cm
E138) Dobra cutânea tricipital da mãe (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm					1DCTM _____ mm
E139) Dobra cutânea subescapular da mãe (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm					1DCSBM _____ mm
E140) Comprimento do bebê (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm					1COMPCR _____ cm
E141) Perímetro cefálico do bebê (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm					1PCCR _____ cm

COLETA DE MATERIAIS		
E142) Conseguí coletar o leite da mãe? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim		1LEITE _____ 1LEITEM _____
E143) Conseguí realizar a avaliação antropométrica da mãe? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim		1ANTRM _____ 1ANTRMM _____
E144) Conseguí realizar a avaliação antropométrica da criança? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim		1ANTRC _____ 1ANTRCM _____

AGENDAMENTO:

Próxima entrevista: 3 meses de vida da criança

Dia: ____ / ____ / ____

Horário: _____

Local: Domicílio

APÊNDICE D
Questionário Violência

1. Você acha que é ou foi, quase sempre, humilhada, rebaixada, ofendida, com palavras desagradáveis ou irônicas? (1) Sim (0) Não	MTG1 ____
SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 2	
1. A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? (0) 0-9 anos de idade (1) 10-19 anos de idade (2) mais de 20 anos de idade	MTG1A ____
1.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? (1) Sim (0) Não	MTG1B ____
1.C. Quem a atacou? (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) (1) Outro membro da família (2) Amigo (3) Estranho	MTG1C ____
1.D. Quantas vezes isso aconteceu? (0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes	MTG1D ____
1.E. Você solicitou algum tipo de ajuda? (1) Sim (0) Não SE SIM, de quem? (0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro	MTG1E ____ MTG1ES ____
2. Alguma vez alguém já lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? (1) Sim (0) Não	MTG2 ____
SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 3	
2. A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? (0) 0-9 anos de idade (1) 10-19 anos de idade (2) mais de 20 anos de idade	MTG2A ____

2.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? (1) Sim (0) Não	MTG2B ____
2.C. Quem a agrediu? (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) (1) Outro membro da família (2) Amigo (3) Estranho	MTG2C ____
2.D. Quantas vezes isso aconteceu? (0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes	MTG2D ____
2.E. Você solicitou algum tipo de ajuda? (1) Sim (0) Não SE SIM , de quem? (0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro	MTG2E ____ MTG2ES ____
3. Alguma vez você já foi atacada com faca, revólver ou outro tipo de arma? (1) Sim (0) Não	MTG3 ____
SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 4	
3.A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? (0) 0- 9 anos de idade (1) 10-19 anos de idade (2) mais de 20 anos de idade	MTG3A ____
3.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? (1) sim (0) não	MTG3B ____
3.C. Quem a atacou? (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) (1) Outro membro da família (2) Amigo (3) Estranho	MTG3C ____
3.D. Quantas vezes isso aconteceu? (0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes	MTG3D ____

<p>3.E. Você solicitou algum tipo de ajuda? (1) Sim (0) Não SE SIM, de quem? (0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro</p>	<p>MTG3E ____ MTG3ES ____</p>
<p>4. Você já foi forçada a fazer algum tipo de sexo com alguém, por se sentir ameaçada fisicamente ou temer ser seriamente machucada? (1) Sim (0) Não</p>	<p>MTG4 ____</p>
SE NÃO, PARE DE RESPONDER	
<p>4.A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? (0) 0 – 9 anos de idade (1) 10 – 19 anos de idade (2) mais de 20 anos de idade</p>	<p>MTG4A ____</p>
<p>4.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? (1) Sim (0) Não</p>	<p>MTG4B ____</p>
<p>4.C. Quem a forçou? (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) (1) Outro membro da família (2) Amigo (3) Estranho</p>	<p>MTG4C ____</p>
<p>4.D. Quantas vezes isso aconteceu? (0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes</p>	<p>MTG4D ____</p>
<p>4.E. Você solicitou algum tipo de ajuda? (1) Sim (0) Não SE SIM, de quem? (0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro</p>	<p>MTG4E ____ MTG4ES ____</p>

APÊNDICE E
Entrevista Sexto Mês

"IVAPSA"

SEGUIMENTO	
Data da entrevista: ___/___/___	6GDE ___/___/___
Entrevistador (a): _____	6ENTREV _____
Nome mãe/ bebê: _____	
Endereço: _____ () casa () apartamento	
Referência/Como chegar _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: () _____	
Outros telefones para contato: () _____	
Linhas de ônibus: _____	
E-mail: _____	
DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
G1) Idade do bebê em dias? _____	6IDADCR _____
G2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G5.</i> (0) Não (1) Sim	6CRECHE _____
SE SIM:	
(1) turno integral (2) meio turno	G3) Em qual turno? (8) NSA
G4) Desde quando? _____ dias	(88) NSA
G5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	6QMCUID _____ 6QMCUIDQ _____
G6) Seu filho tem ou teve alguma doença? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G8.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	6CDOEN _____
SE SIM:	
G7) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ _____ (88) NSA	6CDOENQ _____
G8) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G11.</i> (0) Não (1) Sim	6QUEDA _____
SE SIM:	
G9) Qual (is) acidente (s)? _____	(88) NSA
G10) Foi levado ao médico? (0) Não (1) Sim	(88) NSA
G11) Você recebeu prescrição para fornecer suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim	6PRESCFE _____
G12) Você está dando suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO G15.</i>	6USOFE _____
SE NÃO:	

G13) Você deu alguma vez o suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO G19.</i> Se SIM , por quanto tempo? _____ dias. (88) NSA		6USOVEZ ____ 6USOVEZT ____ 6DAG1 ____ gts/dia
G14) Dosagem de cada administração? Dose administrada: ____ gotas/dia administrado ____ ml/dia administrado Prescrição médica: ____ gotas/dia prescrito ____ ml/dia prescrito (88) NSA		6DAML1 ____ ml/dia 6DPG1 ____ gts/dia 6DPML1 ____ ml/dia
SE SIM na G12:		
G15) Quantas vezes por dia? _____ (88) NSA		6SUPLTD ____ dia
G16) Com que frequência você oferece? _____ vezes por semana. (88) NSA		6SUPLVD ____ dia
G17) Dosagem de cada administração? Dose administrada: ____ gotas administrado ____ ml administrado Prescrição médica: ____ gotas prescrito ____ ml prescrito _____ vezes ao dia (88) NSA		6DAG2 ____ gts/dia 6DAML2 ____ ml/dia 6DPG2 ____ gts/dia 6DPML2 ____ ml/dia
G18) Quando iniciou o uso do suplemento? _____ dias de vida da criança. (88) NSA		6SUPLIN ____ dias
G19) Seu filho recebeu algum medicamento desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G22.</i> (0) Não (1) Sim		6CMED ____
SE SIM:		
G20) Nome Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	G21) Motivo Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	6CMEDQ1 ____ 6CMEDM1 ____ 6CMEDQ2 ____ 6CMEDM2 ____ 6CMEDQ3 ____ 6CMEDM3 ____ 6CMEDQ4 ____ 6CMEDM4 ____ 6CMEDQ5 ____ 6CMEDM5 ____
G22) Seu filho foi internado desde a última entrevista? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G25. (0) Não (1) Sim		6CINTER ____
SE SIM:		
G23) Vezes que foi internado? _____ (88) NSA		6CINTERV ____
G23) Motivo(s) da internação(ões)? _____ (88) NSA		6CINTERM ____
G25) Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G28.</i> (0) Não (1) Sim (2) Já usou		6CBICO ____
SE SIM ou JÁ USOU:		
G26) Quando iniciou o uso? _____ dias (88) NSA		6CBICOI ____
G27) Tempo de uso? _____ dias (88) NSA		6CBICOT ____
G28) Você tem o costume de ler, contar histórias para o seu filho? (0) Não (1) Sim		6LER ____
G29) Você faz a higiene bucal do seu filho? (0) Não (1) Sim		6HIGBC ____

G30) Você fuma atualmente? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G32.</i> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	6MFUMA ____
SE SIM:		
G31) Quantos cigarros por dia? _____	(88) NSA	6MFUMAQ ____
G32) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G34.</i> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	6FUMOCS ____
SE SIM:		
G33) Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente? _____	(88) NSA	6FUMOCSQ ____
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA		
G34) O seu bebê mama no peito? <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO G37.</i> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	6MAMAP ____
SE NÃO:		
G35) Por quê? _____	(88) NSA	6MAMAPN ____
G36) Quando parou de amamentar? _____ dias	(88) NSA	6QPAMA ____
G37) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer, pede (1) Sim	(88) NSA	6HCMAMA ____
G38) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo? _____ vezes Leite Materno _____ vezes Fórmula infantil _____ vezes Leite de vaca	(88) NSA	6MAMAQD ____
G39) Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo? _____ vezes Leite Materno _____ vezes Fórmula infantil _____ vezes Leite de vaca	(88) NSA	6MAMAQN ____
G40) O seu bebê recebe ou recebeu água pura? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G47.</i> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	6AGUA ____
SE SIM:		
G41) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QDAG ____
G42) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água? _____	(88) NSA	6AGUAVZ ____
G43) Que tipo de água é utilizada? (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (4) Filtrada/ Fervida (5) Outro, qual? _____	(88) NSA	6AGUA1 ____
G44) Qual o motivo da introdução? _____	(88) NSA	6AGUAM ____
G45) <i>SE PAROU</i> , quando? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QPAG ____
G46) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	3RECAG ____ 3RECAGE ____
G47) O seu bebê recebe ou recebeu chá? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G53.</i> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	6CHA ____
SE SIM:		
G48) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QDCH ____
G49) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá? _____	(88) NSA	6CHAVZ ____
G50) Qual o motivo da introdução? _____	(88) NSA	6CHAM ____
G51) <i>SE PAROU</i> , quando? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QPCH ____
G52) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	6RECCH ____ 6RECCHO ____
G53) O seu bebê recebe ou recebeu suco? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G60.</i> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	6SUCO ____
SE SIM:		
G54) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QDSC ____
G55) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco? _____	(88) NSA	6SUCOVZ ____

G56) Qual o tipo de suco oferecido?		6TSUCO1 ____ 6TSUCO2 ____ 6TSUCO3 ____ 6TSUCO4 ____
1. Natural	(0) Não (1) Sim	
2. Concentrado – garrafa ou polpa	(0) Não (1) Sim	(88) NSA
3. Diluído – caixinha	(0) Não (1) Sim	
4. Artificial – pó/xarope	(0) Não (1) Sim	
G57) Qual o motivo da introdução?		(88) NSA 6SUCOM ____
G58) SE PAROU, quando?	dias de vida do bebê.	(88) NSA 6QPSC ____
G59) Alguém recomendou?		6RECSC ____ 6RECSCE ____
(1) ela própria decidiu	(3) o companheiro	
(2) a avó	(4) algum profissional da saúde	
(5) outros/especificar		(88) NSA
G60) O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G66.		6REFR ____
(0) Não	(1) Sim	
SE SIM:		
G61) Quando introduziu?	dias de vida do bebê.	(88) NSA 6QDREF ____
G62) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante?		(88) NSA 6REFML ____
G63) Qual o motivo da introdução?		(88) NSA 6REFRM ____
G64) SE PAROU, quando?	dias de vida do bebê.	(88) NSA
G65) Alguém recomendou?		6QPREF ____
(1) ela própria decidiu	(3) o companheiro	
(2) a avó	(4) algum profissional da saúde	
(5) outros/especificar		(88) NSA
G66) O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G79.		6LEIT ____
(0) Não	(1) Sim	
SE SIM:		
G67) Quando introduziu?	dias de vida do bebê.	(88) 6QDLT ____
NSA		
G68) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?		(88) 6LEITEVZ ____
NSA		
G69) Qual o motivo da introdução?		(88) NSA 6LEITEM ____
G70) Alguém recomendou?		6RECLT ____ 6RECLTE ____
(1) ela própria decidiu	(2) a avó	(3) o companheiro
(5) outros/especificar		(4) algum profissional da saúde
		(88) NSA
G71) Qual o tipo de leite oferecido?		6LEITE1 ____ 6LEITE2 ____ 6LEITE3 ____ 6LEITE4 ____ 6LEITE5 ____ 6LEITEQ ____
1. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Milupa, Aptamil.	(0) Não (1) Sim	
2. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê.	(0) Não (1) Sim	
3. Leite de vaca (caixinha ou saquinho).	(0) Não (1) Sim	
4. Leites especiais – Alfarrê, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk.	(0) Não (1) Sim	
5. Outro tipo de leite. Qual?		(8) NSA
G72) Algum outro produto é adicionado ao leite?		6LTENG ____
(0) Não	(1) Sim	
SE SIM:		
G73) Quais os produtos utilizados para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?		6FARIN1 ____ 6FARIN2 ____ 6ACU3 ____ 6ACHO4 ____ 6OLEO5 ____ 6OUTRQ ____
1. Cereais não enriquecidos (aveia, amido de milho)	(0) Não (1) Sim	
2. Cereais enriquecidos (Mucilon, Arrozinha, Farinha Láctea)	(0) Não (1) Sim	
3. Açúcar	(0) Não (1) Sim	
4. Açoalotado	(0) Não (1) Sim	
5. Óleo	(0) Não (1) Sim	
6. Água	(0) Não (1) Sim	
7. Outro tipo de produto. Qual?		(8) NSA
G75) Qual o motivo da introdução?		(88) NSA 6FARINM ____
G76) Quando introduziu?	dias de vida do bebê.	(88) NSA 6QDLTG ____

G77) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar _____ (8) NSA (3) o companheiro (7) Não sabe	6RECLTG ____ 6RECLTGE ____
G78) Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê? (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar (7) Não sabe	6LTQMDA ____ 6LTQMDAE ____
G79) Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)? (0) Não (1) Sim	6MAMAD ____
G80) Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G93. (0) Não (1) Sim	6OALIM ____
SE SIM	
G81) Seu bebê tem horários certos para se alimentar? (0) Não (1) Sim (88) NSA	6HORAC ____
G82) O que você faz se a criança recusa algumas refeições? (1) oferece a mesma comida mais tarde (2) espera o horário da próxima refeição (3) substitui por leite materno (4) substitui por mamadeira (5) substitui por outro alimento/especificar (88) NSA	6RECUSA1 ____ 6RECSUB ____
G83) Como você oferece os alimentos para o bebê? 1. Liquidificados (0) Não (1) Sim 2. Passados na peneira (0) Não (1) Sim 3. Raspados (0) Não (1) Sim (88) NSA 4. Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim 5. Picados em pequenos pedaços (0) Não (1) Sim 6. Consistência da família (0) Não (1) Sim	6ALPREP1 ____ 6ALPREP2 ____ 6ALPREP3 ____ 6ALPREP4 ____ 6ALPREP5 ____ 6ALPREP6 ____
G84) A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é? (1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA	6SAL ____
G85) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes? (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	6ALIBB ____ 6ALIBBE ____
G86) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio? (0) Não (1) Sim (88) NSA	6COMES ____
G87) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança? (0) Não (1) Sim (88) NSA	6INTERAG ____
G88) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer? (0) Não (1) Sim (88) NSA	6ESTIM ____
G89) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)? (0) Não (1) Sim (88) NSA	6FORCM ____
G90) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)? (0) Não (1) Sim (88) NSA	6RECMP ____
G91) A comida do bebê é preparada separadamente? (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	6COMSE ____

G92) A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar? (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	6COMHR ____
G93) Você aproveita o resto de leite ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê? (0) Não (1) Sim	6APRES ____
G94) Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência? (1) Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente (88) NSA	6ASOBR ____
G95) A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	6LAVMP ____
G96) A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe	6LAVMR ____
G97) Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele? (2) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G105.</i>	6DOENT ____
SE SIM:	
G98) Aumenta a frequência das mamadas? (0) Não (1) Sim (8) NSA	6FREQM ____
G99) Aumenta a oferta de líquidos? (0) Não (1) Sim (8) NSA	6ALIQ ____
G100) Força a criança a comer? (0) Não (1) Sim (8) NSA	6FCOMD
G101) Oferece os alimentos preferidos da criança? (0) Não (1) Sim (8) NSA	6PREFE ____
G102) Oferece os alimentos com maior frequência? (0) Não (1) Sim (8) NSA	6FREQC ____
G103) Faz restrições alimentares? (0) Não (1) Sim (8) NSA	6RESTR ____
G104) Outra mudança, qual? _____ (88) NSA	6DOENTMD _
G105) Depois da última entrevista, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G107</i>	6ORAMUB _____
SE SIM:	
G106) Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda? _____	6AMUBT ____
SE NÃO:	
G107) Você considera (acha) que precisava de ajuda? (0) Não (1) Sim, qual ou para quê? _____	6AUBAJ ____ 6AUBAS
G108) Você já levou seu filho ao posto de saúde? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G114. (0) Não (1) Sim	6CPUERI
SE SIM:	

G109) Qual posto?	(88) NSA	6CPUERIP_____
G110) Idade, em dias, da primeira visita ao posto?	(88) NSA	6CPUERIID_____
G111) Quantas vezes já o levou ao posto? _____	(88) NSA	6CPUERIV_____
G112) Motivo (s) da(s) consulta(s)? Consulta 1: _____ (88) NSA Consulta 2: _____ (88) NSA Consulta 3: _____ (88) NSA		6CPUERIM1_____ _____ 6CPUERIM2_____ 6CPUERIM3_____ _____
G113) Quantos registros de consultas no posto há no Cartão da criança: ____	(88) NSA	6CPUERIC_____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA

G114) Peso da mãe + peso do bebê (1º) _____ Kg (2º) _____ Kg Média: _____ K g	6PMB_____
G115) Peso da mãe (1ª) _____ Kg (2ª) _____ Kg Média: _____ Kg	6PM_____ kg
G116) Peso do bebê (1º) _____ g (2º) _____ g Média: _____ g	6PCR _____ g
G117) Circunferência da cintura da mãe (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6CCM _____ cm
G118) Circunferência braquial da mãe (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6CBM _____ cm
G119) Dobra cutânea tricipital da mãe (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	6DCTM _____ mm
G120) Dobra cutânea subescapular da mãe (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	6DSBM _____ mm
G121) Comprimento do bebê (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6CMPB_____ cm
G122) Perímetro cefálico do bebê (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6PCB_____ cm
G123) Circunferência braquial do bebê (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6CBB_____ cm
G124) Dobra cutânea tricipital do bebê (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	6DCTB _____ mm
G125) Dobra cutânea subescapular do bebê (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	6DCSB _____ mm
COLETA DE MATERIAIS	
G126) Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da mãe? (2) Não, motivo? _____ (1) Sim	6ANTRM _____ 6ANTRMM _____
G127) Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da criança? (2) Não, motivo? _____ (1) Sim	6ANTRC _____ 6ANTRCM _____

O seu filho tomou leite materno até qual idade e quando introduziu os seguintes alimentos?

	Não	< 1º mês	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês
G128) Açúcar adicional (mamadeira, suco ou chá)									
G129) Achocolatado									
G130) Mel									
G131) Café									
G132) Funchicória									
G133) Fruta amassada									
G134) Papa salgada/ Sopa									
G135) Sopa industrializada									
G136) Verduras ou legumes									
G137) Leguminosas (ex. feijão, lentilha)									
G138) Comida da família									
G139) Carne (gado, frango, porco, peixe)									
G140) Miúdos (ex. fígado, moela)									
G141) Ovo									
G142) Embutidos (ex. presunto, salsicha, mortadela, salsichão, salame)									
G143) Bolacha recheada ou wafer									
G144) Bolacha doce (maria ou maisena)									
G145) Danoninho									
G146) Chocolate ou bombom									
G147) Bala ou pirulito									
G148) Salgadinho									
G149) Gelatina / Pudins/ sacolé artificial									
G150) Sorvete / Picolé/ sacolé de leite									
G151) Frituras (ex. batata frita, bolinho frito, alpim frito, frango à milanesa)									

CALENDÁRIO DE VACINAS

VACINAS	Idade	Codificações
G152) Meningocócica C (1ª dose = 3ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6MENC1 ____ 6IDMENC1 __
G153) VOP - Vacina oral contra pólio (2ª dose = 4ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VOP2 ____ 6IDVOP2 ____
G154) DTP + Hib - Vacina pentavalente (ou tetra) (2ª dose = 4ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6TETR2 ____ 6IDTETR2 ____
G155) Pneumocócica 10 (2ª dose = 4ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6PNEU2 ____ 6IDPNEU2 ____
G156) VORH - Vacina oral rotavírus humano (2ª dose = 4ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VORH2 ____ 6IDVORH2 ____
G157) Meningocócica C (2ª dose = 5ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6MENC2 ____ 6IDMENC2 ____
G158) DP + Hib - Vacina pentavalente (ou tetra) (3ª dose = 6ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6TETR3 ____ 6IDTETR3 ____
G159) VOP - Vacina oral contra pólio (3ª dose = 6ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VOP3 ____ 6IDVOP3 ____
G160) Pneumocócica 10 (3ª dose = 6ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6PNEU3 ____ 6IDPNEU3 ____
G161) Hepatite B (3ª dose = 6ªM): (0) Não Realizou (1) Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6HEP3 ____ 6IDHEP3 ____

ANEXOS

ANEXO A

Questionário Estresse Percebido (PSS-14)

Data da entrevista: ___ / ___ / ___	GDE ___ / ___ / ___
Entrevistadora: _____	
A1) Nome da mãe: _____	
ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14)	
<p>As questões a seguir referem-se aos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada questão, você deverá responder com que frequência você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam parecidas, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha entre as seguintes alternativas: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.</p>	
1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPTAI__
2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEICCI__
3. Você tem se sentido nervosa e "estressada"? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPSNE__
4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPSPD__
5. Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPLMI__
6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPHRP__
7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPCAV__
8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPNL__
9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPCCI__
10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPCSC__
11. Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPIFC__
12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPPCF__
13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEPCMG__
14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	EEDANS__

ANEXO B

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110097

Data da Versão do Projeto: 16/05/2011

Data da Versão do TCLE: 10/06/2011

Pesquisadores:

CLECIO HOMRICH DA SILVA

PATRICIA PELUFFO SILVEIRA

VERA LUCIA BOSA

RAFAELA DA SILVEIRA CORRÊA

CHARLES FRANCISCO FERREIRA

JULIANA ROMBALDI BERNARDI

MARCELO ZUBATAN GOLDANI

Título: Projeto IVAPSA - Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios trimestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual consta o certinho de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 27 de junho de 2011.

Prof. Necléia Claudini

Coordenadora GPPG e CEP/HCPA